UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948 - 1949 - N° 43

SUR QUELQUES TROUBLES MENTAUX DES TUBERCULEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 janvier 1949

PAR

Maurice-Marie-Marcel PLANTIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Médaille de la Résistance avec rosette

né à Biarritz (Basses-Pyrénées) le 29 janvier 1921

Examinateurs de la Thèse	MM. VILLEMIN, Professeur	*Président*
	CREYX, Professeur	*Juges*
	DELMAS-MARSALET, Professeur..	
	PIECHAUD, Professeur	

ÉDITIONS " PAPYDEX "
106 bis, RUE DE RENNES
PARIS-VI^e^

1949

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1948 - 1949 - N° 43

SUR QUELQUES TROUBLES MENTAUX DES TUBERCULEUX

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 17 janvier 1949

PAR

Maurice-Marie-Marcel PLANTIER

Ancien Externe des Hôpitaux de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1939-1945
Médaille de la Résistance avec rosette

né à Biarritz (Basses-Pyrénées) le 29 janvier 1921

Examinateurs de la Thèse	MM. VILLEMIN, Professeur	*Président*
	CREYX, Professeur	*Juges*
	DELMAS-MARSALET, Professeur..	
	PIECHAUD, Professeur	

ÉDITIONS " PAPYDEX "
106 bis, RUE DE RENNES
PARIS-VI^e^

1949

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. CHELLE

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ / CREYX
Clinique chirurgicale et gynécologique	MASSÉ
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchement	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène et tuberculose	PIÉCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

Professeur à titre personnel : M. GIRARD.

Professeurs sans chaire: MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), MESNARD (Pharmacie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Physiologie	N. . .
Médecine générale	BROUSTET / SARIC / DUBARRY / J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN
Chirurgie générale	N. . . / MAGENDIE / POUYANNE / LAUMONIER / CHAVANNAZ
Obstétrique	MAHON
Ophtalmologie	BESSIÈRE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Chimie médicale	TAYEAU
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N. . .
Histoire naturelle médicale et parasitologie	N. . .
Histologie	MAYER
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD

MAITRE DE CONFÉRENCES :

Physique pharmaceutique : M. BLANQUET.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	N. . .
Accouchements	N. . .
Puériculture	PÉRY
Zoologie et parasitologie	N. . .
Urologie	N. . .
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N. . .
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	N. . .
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	NEUZIL
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE, LE DOCTEUR ALBERT PLANTIER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE 1914-1918

Qui fut mon premier Maître et dont la vie sera toujours un exemple pour moi.

A MA MERE

Que j'unis à mon père dans la même tendresse et dans la même affection.

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES CHEFS ET A MES CAMARADES

DES FORCES FRANÇAISES LIBRES
DES FORCES FRANÇAISES COMBATTANTES
DES FORCES FRANÇAISES DE L'INTÉRIEUR

et en particulier
à la mémoire du

Soldat de 2e Classe Georges LABEYRIE

BRANCARDIER AU 1/34e RÉGIMENT D'INFANTERIE
MÉDAILLE MILITAIRE
CROIX DE GUERRE 1939-1945

Mort pour la France
le 3 septembre 1944

en allant porter secours à des blessés parmi les mines, dans la zone de combat.

AU DOCTEUR ROBERT DARMAILLACQ

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

CROIX DE GUERRE 1939-1945

Qui est pour moi un véritable ami dont l'aide fut précieuse pendant la lutte contre l'occupant et dont l'habileté, la compétence, le dévouement m'ont permis de survivre à mes blessures.

AU DOCTEUR JACQUES FAURE

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE BORDEAUX

LAURÉAT DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

EX-CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

EX-FELLOW DU MONTREAL-NEUROLOGICAL INSTITUTE

(MC GILL UNIVERSITY CANADA)

CHEF DU LABORATOIRE DE NEUROBIOLOGIE

CHARGÉ DE RECHERCHES DE L'INSTITUT NATIONAL D'HYGIÈNE

CROIX DE GUERRE 1939-1940

L'amitié qui nous lie et qui prit naissance pendant l'occupation, l'a amené non seulement à me suggérer un sujet de thèse, mais encore à en surveiller et à en diriger la rédaction, malgré le surcroît de travail qu'il s'imposait ainsi. Tout le mérite de cette thèse lui revient.

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude et de mon amitié.

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE

ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIECHAUD

PROFESSEUR D'HYGIÈNE ET DE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA SANTÉ

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui a consacré sa vie à la misère des tuberculeux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES ET MENTALES

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui a bien voulu me faire le grand honneur de faire partie de mon Jury de thèse, et que je remercie très respectueusement de m'avoir permis de travailler dans son service.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CREYX

PROFESSEUR DE CLINIQUE MEDICALE

MÉDECIN DES HOPITAUX

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui eut la bienveillance de s'intéresser à moi pendant mes études médicales en souvenir de l'amitié qui le lie à mon père et qui me fait aujourd'hui le grand honneur de faire partie de mon Jury de thèse.

En témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A MON PRESIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLEMIN

PROFESSEUR D'ANATOMIE

CHEVALIER DE LA LEGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

CROIX DE SAINTE ANNE DE RUSSIE

Mon Cher Maître,

Vous avez été pour moi beaucoup plus qu'un « Patron » : vous vous êtes intéressé d'une manière toute particulière, non seulement à ma vie d'étudiant, mais aussi à celle que j'ai menée pendant l'occupation.

Plus que des locaux que vous nous avez fournis, plus que des moyens de transport que vous nous avez prêtés, plus que des renseignements souvent précieux que vous nous avez transmis, je vous suis reconnaissant de l'appui moral que vous m'avez donné. Dans les heures sombres, dans les heures de doute, vous avez su me rendre courage.

En 1941, *alors que je croyais mon arrestation imminente, alors que j'étais prêt à tout abandonner, vous m'avez prédit que tout s'arrangerait et qu'un jour je soutiendrai ma thèse : vous avez ajouté que vous seriez heureux d'être le Président du Jury.*

Ce jour est enfin arrivé. Permettez-moi de vous exprimer à nouveau ma reconnaissance et ma très respectueuse affection.

INTRODUCTION

Pour nous être particulièrement intéressé à une malade chez qui avait été diagnostiqué une encéphalite psychosique d'origine tuberculeuse, nous avions tout d'abord l'intention de consacrer notre thèse à l'étude exclusive de cette forme d'encéphalite décrite par Hyvert sous le nom de psycho-encéphalite de la tuberculose atypique.

Mais le docteur Jacques Faure, qui a inspiré et dirigé notre travail, nous a conseillé de situer cette forme dans son vrai cadre, c'est-à-dire d'envisager tout d'abord la mentalité et les troubles mentaux des tuberculeux.

Notre thèse se divisera donc en deux parties.

En premier lieu, une étude succincte de la psychologie et des troubles mentaux du tuberculeux.

Ensuite, une étude de la psycho-encéphalite proprement dite, à l'aide d'une observation psycho-biologique.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. le Professeur Delmas-Marsalet pour les sages conseils qu'il nous a prodigués.

PREMIERE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

LA PSYCHOLOGIE DU TUBERCULEUX

La vie psychologique du tuberculeux, aussi complexe que celle d'un homme sain, est généralement influencée par deux facteurs nouveaux.

D'une part, le tuberculeux souffre de sa déchéance physique, et cherche à s'en défendre.

D'autre part, il vit souvent en un milieu collectif très artificiel: *le sanatorium.*

L'étrangeté de ce milieu a inspiré bien des romanciers : nous rappellerons surtout la pénétrante description que'n a donnée Van der MEERSCH dans « Corps et Ames ».

La vie en sanatorium est évidemment une vie à part, détachée de tout souci matériel, toute d'inaction avec peu de distraction physique.

Pour beaucoup, mais non pour tous, c'est une « vie de luxe » qui éloigne forcément le malade des réalités et ne peut que créer en lui une mentalité différente de celle des gens qui vivent « extra muros ».

Les malades semblent être, non pas au ban, mais à part de la société. Ils se considèrent comme une sorte « d'interné administratif ». Et cette impression est encore renforcée par les « permissions » qui les replongent par moment dans le bain de la société. Ils n'ont ni les mêmes buts, ni les mêmes moyens que les gens normaux : leur seul but est une guérison lointaine, leur seul moyen le repos et l'inaction ; ils ne ressentent plus, tout en le regrettant souvent, la dérivation que peut donner un quelconque travail quotidien.

Kollaritz, ancien malade, cité par Schachter, a trouvé dans les sanatoria une « mentalité de prisonniers où règne irritabilité et querelles ».

Certaines incidences ont par ailleurs une grosse influence sur le « climat psychologique » du sanatorium.

Comment ne pas penser à cette véritable « panique générale », au lendemain de séances opératoires ? Même lorsque les malades savent que l'on tente avec très peu d'espoir une ultime intervention sur certains des leurs, considérés comme perdus, le résultat, souvent fatal, provoque une panique qui ne relève pas d'un esprit revendicatif vis-à-vis du médecin, mais d'une brutale perte de confiance dans une guérison personnelle.

On retrouve d'ailleurs la même panique certains jours de vents du Sud, ou de « foehn » dans les Vosges, quand ils ont provoqué des hémoptysies et des aggravations de l'état de certains malades.

Une autre incidence est l'organisation des malades entre eux.

Au début de sa maladie, le tuberculeux a généralement la confiance la plus absolue en ses médecins.

Mais il ne tarde pas à faire partie des grandes associations de tuberculeux et à recevoir leurs journaux spéciaux. Il sera alors l'objet d'une propagande constante destinée à lui inculquer l'idée qu'il existe des moyens de guérir la tuberculose, mais que les phtisiologues s'opposent à leur emploi de peur de perdre leur gagne-pain.

Cette campagne a fréquemment des échos dans la grande presse et nous citerons comme preuve l'extrait d'un article paru dans un hebdomadaire parisien.

(Extrait de l'hebdomadaire *La Presse*, du 6 décembre 1948.)

« C'est ici que l'on entre dans le domaine de l'aventure. Le « bacille virgule ne se déplace pas seulement dans les cavités « pulmonaires, il court aussi au bas des colonnes de chiffres des « budgets de trois cent mille personnes qui, en France, vivent un « peu grâce à lui. Phtisiologues distingués, spécialistes du pneu- « mothorax, de la thoracoplastie, sanatoria, maisons de cure, phar- « macopes, infirmiers, radiologues, piqueurs, tout un monde dont « il n'est pas question de mettre en doute ni le dévouement, ni « les bonnes intentions, mais qui, avouons-le, se résigne mal à « voir disparaître son gagne-pain.

« Un homme qui vous dit : « Amenez-moi n'importe quel « malade atteint de pneumonie et je vous le rends quarante-huit « heures plus tard, convalescent », ne peut être bien accueilli « par la Faculté en général. »

Peut-être cette campagne est-elle la principale raison de l'aisance avec laquelle le tuberculeux accepte d'essayer plus facilement, nous semble-t-il, qu'aucun autre malade, n'importe quel remède.

Pour modifier cette atmosphère spéciale des sanatoria, nous pensons qu'il serait nécessaire d'instituer dans chacun d'eux une psychothérapie de groupe ainsi qu'une thérapeutique par l'occupation suivant l'état de chaque malade.

A vivre parmi les tuberculeux, à les suivre pendant leur longue maladie, à lire les travaux du médecin ainsi que les romans inspirés par cette maladie, et dont « Les Embrasés » restent un exemple classique; à lire aussi les œuvres d'écrivains tuberculeux, il semble que l'on puisse faire ressortir plusieurs tendances prédominantes dans la psychologie des tuberculeux :

la dépression triste.

l'égoïsme.

l'illusionisme optimiste avec excitation intellectuelle et génitale.

LA DÉPRESSION TRISTE

La dépression triste est le fait des gens qui se plaignent de fatigue matinale, d'inaptitude au travail, et de l'impossibilité de penser, de juger, de vouloir : ils sont sur la voie de la neurasthénie tuberculeuse. Ce tableau se rapproche beaucoup de celui de la « patraquerie » de Burnand.

Mme Masson-Oursel fait remarquer que la dépression n'a souvent d'autre cause que la révélation brutale du diagnostic de la tuberculose et de ce qui en découle : nécessité de soins personnels constants, interruption, pour une durée indéterminée, de la vie de famille et du métier habituel.

Plusieurs auteurs, et en particulier Schachter, en font un aspect mental de la tuberculose au début qui serait suivi par l'euphorie et par l'excitation. Il nous semble cependant que la dépression, quoique bien plus fréquente au début de la tuberculose, peut durer tout le temps de la maladie comme elle peut ne survenir qu'à la fin.

L'ÉGOISME

L'égoïsme est un des traits du caractère du tuberculeux qui frappe le plus, parce que, peut-être, il est celui dont l'entourage se plaint le plus facilement ; il nous semble être plus fréquent chez les tuberculeux qui vivent en sanatorium que chez ceux qui vivent dans leur famille.

Il y a évidemment bien des explications à cet égoïsme : existe-t-il une maladie plus longue, plus épuisante et qui apporte autant de modifications au milieu familial et social dans lequel évoluait le malade ?

Il est facile de comprendre qu'il garde en vue de sa guérison toutes les forces qu'il peut avoir et qu'il dépensait autrefois au service d'autrui. Isolé de sa famille, isolé même du monde, ne s'intéressant plus qu'à lui-même et à sa maladie, le tuberculeux ne manifeste plus guère de sentiments affectifs. Cet état n'est d'ailleurs pas généralisé et nous avons connu des malades qui, vivant en famille, se dépensaient pour aider celle-ci jusqu'à

l'extrême limite de leurs forces, négligeant leur santé et leur vie.

Nous reviendrons d'ailleurs sur cet « égoïsme ».

LA TENDANCE A L'OPTIMISME

La tendance à l'optimisme n'est pas aussi rare que l'on pourrait le croire. Plusieurs auteurs en ont donné des descriptions souvent différentes : peut-être plusieurs éléments interviennent-ils, qu'il faut essayer de démêler ?

L'impression de bien-être général, de vitalité accrue est fidèlement décrite par certains malades. Regis faisait remarquer que cette impression s'accompagnait de tendances impulsives. Rist rappelle l'euphorie qui précède certaines hémoptysies.

Un autre élément de cet optimisme ne serait-il pas soit l'indifférence, soit plutôt l'incrédulité du malade pour sa maladie ? D'où vient cette attitude désinvolte ?

Peut-être le malade, pusillanime, craint-il de prendre trop au sérieux le diagnostic du médecin ?

Peut-être, dans le désir de cacher à sa famille la gravité de son état, refuse-t-il de se rendre lui-même à l'évidence ?

Quelle qu'en soit la raison, il y a là une démission de l'autocritique.

Et le tuberculeux optimiste le restera souvent jusqu'à la fin.

On le verra dans le Midi, dans les villes d'eaux, expliquant à qui veut l'écouter, ses illusions et ses espoirs et « promenant avec sa « bronchite chronique » son visage souffrant et résigné et son regard étincelant de fièvre, ce beau visage de poitrinaire agrandi d'un cercle mauve, chargé d'une langueur indéfinissable où se lit la sérénité confiante de son âme, l'éternel, l'indestructible espoir de la guérison » (Beraud).

Kollaritz, quant à lui, attribue cet optimisme à une erreur de jugement du malade habitué depuis longtemps à un pouls rapide et à une température oscillante. Ce serait donc une désorientation, *peut-être même un départ vers la confusion mentale.*

EXCITATION INTELLECTUELLE

A ce faux sentiment de bien-être, est lié une excitation intellectuelle et génitale.

« Par suite d'une sorte d'excitation fonctionnelle, les aptitudes intellectuelles s'aiguisent de manière singulière. Surpris d'abord, bientôt inquiets, les amis du sujet assistent à une floraison intensive de ses qualités, à une poussée de son intelligence. La mémoire, le jugement, la finesse du raisonnement, le sens critique, tous les ressorts de l'esprit se mettent en branle d'une manière soit simultanée, soit successive parfois avec une ampleur incomparable, pendant que ses forces physiques de stationnaires, décroissent lentement » (Letulle).

Sous une forme différente, n'est-ce pas la même excitation qui fait dire à un tuberculeux :

« Songez comme on aime bien, comme on aime fort, quand on craint de mourir. Entre le jour présent et la menace prochaine, la vie sans cesse se resserre, se comprime. Tout en elle devient violent, explosif ». (*Les Embrasés.*)

ÉROTISME

Et cette excitation encore intellectuelle pose le problème de l'érotisme des tuberculeux.

Pour Abadie et Helfft, il n'y a que des idées érotiques, et seulement chez certains malades : car ces idées dépendraient du fonds mental des individus et ne pourraient pas, par conséquent, exister chez tous.

Comme Régis, ces auteurs pensent que les idées érotiques ne sont que la conséquence de l'irritation cérébrale du bacillaire, de ce que Régis a appelé « dynamie fonctionnelle ». Cet état serait dû au fait que le malade perd son contrôle à cause de la *légère confusion* due à la toxi-infection des centres nerveux.

R. Ronce et, ensuite, Jacques Vié et Mlle Messin mettent l'accent sur les facteurs qui facilitent le développement des aspirations physiques (oisiveté, suralimentation) et sur ceux qui en rendent impossible la réalisation normale (éloignement).

De plus, le tuberculeux éprouve le besoin débordant d'amitié et d'affection, plus facilement réalisable entre sexes différents.

Ces facteurs expliquent suffisamment pour eux cet éréthisme chez les malades dont le fonds mental était auparavant normal.

Pourtant de nombreux auteurs s'accordent pour penser qu'au début de la maladie, quand les sujets ne sont pas encore isolés et ignorent même leur mal, il existe des cas incontestables d'excitation génitale. C'est l'opinion de Landret, de Peters, de Saxe, de Béraud et de Régis ; Baril est, par contre, d'un avis opposé.

Il nous semble bien que cette excitation, incontestable chez certains, n'est pas générale.

Cette excitation est-elle particulière à la tuberculose ? Pour Régis « ce paraît être un phénomène commun, à divers degrés, à toutes les intoxications et infections ».

Pour certains auteurs, la suractivité psychique et génitale succèderait à la dépression du début et se terminerait par l'euphorie terminale délirante.

Cela ne semble pas prouvé et nous croyons difficile de trouver une relation entre l'atteinte viscérale et l'atteinte mentale.

L'optimisme, comme d'ailleurs la dépression, paraît à tous les stades évolutifs de la maladie et en accompagne toutes les formes.

D'autre part, l'euphorie terminale est vraiment rare.

Enfin, à quoi faut-il attribuer les causes de cet état ? Ichok y voit un processus psychique dont le point de départ serait un

sentiment d'incomplétude, né de la perception intime de la défaillance physique d'où naissance d'un désir de compensation manifesté par une suractivité intellectuelle, jointe à un optimisme extérieur. Le malade chercherait ensuite à se prouver sa puissance par sa propension érotique.

Après l'étude des grandes tendances psychologiques des tuberculeux, nous aurions voulu approfondir, si cela ne dépassait pas le cadre de notre thèse, les tendances plus intimes, plus complexes, qui font l'attrait des œuvres d'écrivains tuberculeux.

Certains, exaltés, vibrent aux moindres souffles. Leur soif de la vie ne peut pas s'étancher dans l'action car leur volonté demeure médiocre sans persévérance comme sans discipline, avide d'amour, leur passion s'exalte dans un rêve sans fin qui ne sera, sans doute, jamais satisfait.

« Ah qu'une d'Elle-même, un beau soir, sut venir
« Ne sachant que boire à mes lèvres, ou mourir... »

Leurs œuvres manquent de virilité, mais nous laissent deviner les nuances infinies de leur sensibilité.

Et nous pensons ici à Katherine Mansfield et à la sensation de rêve — même de confusion — qui se dégage de son œuvre.

Relisant récemment une édition française de « Garden Party » nous avons été frappé par le portrait de l'auteur peint par Edmond Jaloux dans la Préface.

« Je revois un être fragile, de petite taille, gracieux et comme en retrait, qui donne l'impression de vivre en marge de la vie dans une zone qui n'est plus du tout la vie mais son halo. La beauté du visage est émouvante, les traits extrêmement fins, les yeux très noirs, le regard à la fois éclatant et voilé...

« Il y a dans cette figure, dans ce regard une expression qui n'est pas d'ici, pure, calme, profonde, une sérénité impressionnante. Et quand Katherine Mansfield parle, ce qu'elle dit correspond exactement à l'idée générale qu'elle donne. Quand on s'adresse à elle, elle ne répond pas tout de suite : elle semble méditer sur ce que vous avez dit ; ce n'est pas seulement le sens profond de vos paroles qu'elle cherche à comprendre, mais aussi ce qui flotte autour d'elles, l'ensemble d'idées et d'émotions dont elles sont l'aboutissement... »

Commentaires du Chapitre Premier

Pour clore ce chapitre, il nous a paru utile de faire le point. Dans ce but, nous nous servirons des remarques d'un ami médecin tuberculeux et de nos opinions personnelles.

La psychologie des tuberculeux n'est pas simple. Toutefois il semble que ses aspects si divers pourraient découler d'un trouble essentiel. Ce trouble est peut-être dû à *un échec de la volonté de puissance* que tout homme porte en lui. Il y a chez tout tuberculeux *un complexe d'infériorité* plus ou moins conscient, plus ou

moins inconscient, qui se déclenche dès que sa maladie est reconnue.

Ce sentiment d'infériorité latent entraîne une susceptibilité, une hypersensibilité, une anxiété diffuse et une méfiance d'autrui (que les réactions de l'entourage, des amis et le placement en sanatorium viennent légitimer et renforcer). Ces éléments créent sans doute une tendance à la revendication.

De même, le sentiment de la diminution du pouvoir efficient (qui ne veut pas s'avouer), le sentiment de précarité plus ou moins conscient, peuvent engendrer un besoin de compensation bien compréhensible. Ce désir de compenser un amoindrissement de la personnalité s'extériorisera, suivant les sujets, soit par un souci de jouissance et un certain égoïsme, voire même de la jalousie, soit par une soif avide de réalisations rapides et solides. En même temps qu'un besoin de compensation le sentiment d'infériorité peut aussi encourager un besoin de dérivation, d'où études (facilitées parfois par des associations de malades ou d'anciens malades par correspondance), d'où pratiques religieuses, d'où activités politiques au sein du sanatorium. C'est ainsi que l'on voit naître en maison de cure des cercles d'études, des groupements bien tranchés, dont les membres sont tous, selon leur état physique, des disciples ou des apôtres zélés.

Enfin, nous avons parlé, au cours de ce chapitre de l'égoïsme du tuberculeux. Cela ne nous plaît guère. Mais il fallait bien se conformer à l'usage, même si nous n'étions pas très satisfait. En réalité, le tuberculeux nous a paru avoir surtout l'égoïsme de celui qui lutte dans une partie délicate à gagner. Il est membre d'une équipe qui essaie de l'emporter sur la maladie tuberculeuse. Comme dans toute équipe, où le jeu est dur et serré, la maxime « Chacun pour soi et Dieu pour tous » est de mise. Dans l'action les uns tombent et les autres continuent, heureux de survivre et peuvent alors donner à tort l'impression d'une indifférence égoïste. D'autre part, cette équipe si spécialisée, mise à part de la société, et subissant des assauts bien particuliers, possède un esprit de corps inévitable, qui donne aux membres de l'équipe une apparente indifférence pour le monde extérieur. Mais cet esprit d'équipe confère aux tuberculeux des qualités incontestables d'*altruisme*, sur lesquelles il faut insister. Les preuves en sont multiples et combien fréquentes. Le tuberculeux guéri, revenu dans la vie, conserve bien souvent des relations épistolaires avec ceux qu'il a laissés en cure. Rappelons, s'il le faut, les associations d'anciens malades. Rappelons surtout cette solidarité si touchante qui existe entre les malades, qui fait qu'on se reconnaît (sans se connaître) et qu'on se comprend à demi-mot au hasard des rencontres dans les villages de montagne. Rappelons les conseils des vieux aux jeunes. N'oublions pas, non plus, ces petits matins émouvants où la chapelle sanatoriale est pleine à craquer, beaucoup plus remplie que le dimanche, car il y a alors même les

athées et les indifférents, « parce que c'est la seule manière d'exprimer aux camarades (disparus deux jours avant) qu'on pense à eux, qu'on est avec eux, avec les autres » (disait l'un de ces prétendus égoïstes). Enfin, le membre de l'équipe n'est pas toujours aussi fermé au monde extérieur qu'on a voulu le dire. Il suffit de connaître le retentissement d'une mauvaise nouvelle, venue de l'extérieur, sur le moral (et souvent aussi sur le physique) d'un malade pour s'en convaincre. Il est juste aussi de dire que bien souvent l'équipe le réconforte et l'aide à supporter le choc.

Ainsi, il est nécessaire d'être prudent quand on parle de la psychologie du tuberculeux. Il faut avant tout se conformer aux divers aspects d'une réalité mouvante et essayer d'être humain envers des frères touchés dans les forces vives de leur personnalité.

CHAPITRE II

MEDECINE PSYCHO-SOMATIQUE DE LA TUBERCULOSE

L'étude de la psychologie du tuberculeux nous amène à envisager l'influence des incidences psychiques sur la longue maladie tuberculeuse.

Nous ne croyons pouvoir mieux faire que de citer la communication faite par Jacques Faure à la Société de Médecine de Bordeaux, en sa séance du 25 juin 1948, sous le titre de :

« Médecine psycho-somatique (au sujet de 10 observations) ».

« On peut entendre par médecine psycho-somatique, cette science médicale qui a pour objet l'étude des facteurs psychiques capables soit de déclencher des troubles fonctionnels et à la longue des troubles organiques, soit de les entretenir, soit de les atténuer ou même de les faire disparaître.

« Ainsi la science psycho-somatique a un domaine particulièrement vaste, puisqu'elle comprend par là même, l'étude de l'homme total et qu'elle embrasse autant la médecine prophylactique que la médecine de cure, la médecine de l'esprit comme celle du corps. Bien mieux, elle représente une véritable doctrine bouleversant les conceptions sur lesquelles nous vivions plus ou moins, à savoir la séparation du physique et du moral. Cependant la psycho-somatique à des bases scientifiques sérieuses, car il semble bien être prouvé que les facteurs psychiques peuvent créer des troubles organiques.

« Elle repose :

1° Sur l'étude des réflexes conditionnés et des névroses animales expérimentales (Pavolv, Miller, Gant, Lidell, James, Anderson, Parmenter, Masserman, Sears, Hunt, etc..).

2° Sur les études expérimentales de l'émotion et de l'anxiété (Cannon, Cushing, les Wolff-Lidell, Pachon (« Etats affectifs » Pachon et Lherminier...).

D'ailleurs des effets somatiques de l'émotion et de l'anxiété *se font par l'intermédiaire* du système végétatif et des centres végé-

tatifs corticaux et surtout diencéphaliques (Cushing, Goltz, Bard, Ranson, Fulton, Grinker, Serata, Reilly, etc...).

Il est expérimentalement prouvé par exemple que des perturbations hypothalamiques peuvent entraîner de l'obésité. Nous pouvons donner un aperçu des modifications électriques qui surviennent au niveau de la base du cerveau lors d'émotions en exposant deux tracés électroencéphalographiques :

...Les deux tracés médians, qui représentent l'activité électrique de la base du cerveau, sont caractérisés par de belles ondes alpha, le sujet étant dans un état normal, alors que les deux tracés médians de la base d'un second tracé sont très perturbés, présentant des ondes latentes, le sujet étant alors en proie à une émotion importante. La base du cerveau n'est d'ailleurs pas seule à être modifiée et le cortex subit des modifications importantes.

De toute façon on comprend facilement par nos tracés à quelles perturbations excessives la base du cerveau paraît être soumise lors de tension émotionnelle.

Aussi *le conflit* entraîne de l'anxiété et de l'émotion et ces dernières peuvent créer des troubles fonctionnels et organiques par l'intermédiaire du système nerveux autonome. Il faut donc, en psycho-somatique, *rechercher le conflit*. Or, cela revient de toute évidence à explorer l'inconscient du sujet et ainsi à user d'un mode de *penser analytique* et à user des méthodes de la psychanalyse dans l'investigation comme dans la thérapeutique... »

L'étude de dix observations a permis à Jacques Faure d'élaborer les conclusions suivantes :

« Ces observations montrent l'influence plus ou moins profonde des facteurs psychiques sur les facteurs somatiques : parfois coïncidences curieuses, parfois corrélations troublantes avec précession des facteurs psychiques, parfois maladie ou guérison commandées par un conflit ou par sa suppression.

« D'autre part des syndromes somatiques semblent avoir des structures mentales et caractérielles qui leur correspondent et peut-être naissent sur celles-ci avec une certaine prédilection. Les symptômes somatiques apparaissent lors de conflits soit familiaux, soit sociaux, soit religieux. Ils peuvent éclore ou bien disparaître, soit lors de l'entrée dans un groupe social ou familial, soit lors de l'abandon de ce groupe. Ceci fait espérer des effets bienfaisants de la psycho-thérapie par le groupe, et, chez les convalescents, de la thérapeutique par l'occupation.

« Le mode de penser et le traitement psychanalytique sous diverses formes peuvent être d'un réel secours pour expliquer des symptômes et les améliorer, sinon les guérir.

Ainsi la médecine psycho-somatique touche à de nombreuses disciplines. Pour la pratique, il est utile d'étudier la personnalité de l'individu sous l'angle biologique et électro-encéphalographique, sous l'angle des tests mentaux (d'ailleurs souvent prélude excel-

lent d'une narco-analyse éclairée) et ainsi de travailler en équipe. »

Or, parmi ses observations, Jacques Faure en apporte trois de tuberculeux :

« Observations VIII, IX et X :

« Jean G..., 28 ans ; Jacques M..., 30 ans ; Adrien B..., 33 ans, représentent un type intéressant de tuberculose excavée avec B.K., de faible potentiel évolutif, et rapidement consolidé. Il s'agit de trois intellectuels ayant appartenu à la Résistance dont ils ont bien supporté les fatigues, les soucis et les dangers. Une fois rendus à la vie normale, après la Libération, une tuberculose se déclare. Loin d'être émus en apprenant leur maladie, ces malades qui, d'ailleurs, ne se connaissent pas, conservent leur optimisme et ne doutent pas de leur guérison qui, du reste, survient plus tard.

« Personnalités à peu près identiques : anxiété, indépendance, méticulosité, obsession de la propreté physique et morale, sens critique développé, faculté d'adaptation sociale et sexuelle satisfaisantes. Intérêt : ces trois observations ressemblent beaucoup à celles de cent jeunes soldats américains, atteints de tuberculose pulmonaire chez lesquels J.-H. Friedman, G.-J. Kastlin et S.-I. Kooperstein ont étudié les facteurs psycho-somatiques. »

Il est bien évident que cela ne correspond qu'à une seule catégorie de tuberculeux.

Ces constatations ont d'ailleurs donné à Jacques Faure l'idée d'entreprendre un large travail psycho-somatique chez les tuberculeux, afin d'essayer de dégager la plupart des aspects de leurs différentes personnalités et de dénombrer autant que possible les divers facteurs psycho-somatiques.

En résumé, nous retiendrons *l'influence des éléments psychiques* sur les éléments somatiques et leur rôle au cours d'une maladie chronique, aussi longue que la tuberculose. Nous signalerons que, sans doute, il y a beaucoup à faire dans les soins à apporter aux tuberculeux. Il serait ainsi à souhaiter qu'un psychiatre *soit attaché* à chaque maison de cure. Il y aurait d'ailleurs tout un travail d'équipe médico-psychologique à réaliser. La psychothérapie par le groupe devrait être instituée au plus tôt, et pour les malades en sanatorium, et pour les malades ou anciens malades, sortis du sanatorium ou en cure libre. Enfin, la thérapeutique par l'occupation devrait être largement mise en jeu. Tout cela nécessite des réformes de structure dans l'équipement de la lutte contre la tuberculose.

CHAPITRE III

LES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES TUBERCULEUX

Depuis fort longtemps l'on admet que la tuberculose entraîne des désordres de l'esprit. Mead (1767), Portal (1814), Pinel (1815), Esquirol (1838), Morel (1860) acceptent l'idée d'une psychose tuberculeuse que Custom en 1864 et Voisin en 1876 décrivent bien arbitrairement.

Bientôt, cette « folie tuberculeuse » apparut un mythe et fut démembrée en plusieurs syndromes mentaux.

Kara Sneff en 1855, Papillon en 1900, Teissier en 1908 décrivirent une neurasthénie acquise tuberculeuse. Janowski (de Varsovie) attira l'attention en 1927 sur une neurasthénie acquise prétuberculeuse. Burnand en 1935 décrivit les imprégnations bacillaires chroniques et leur retentissement mental à forme dépressive.

Régis, La Bonnardière, Morelli furent frappés des rapports de l'hystérie avec la tuberculose.

Régis, enfin, a décrit la confusion mentale et a montré sa fréquence au cours de la tuberculose.

D'autre part, Jacquelin a, en 1939, consacré un chapitre de son ouvrage aux troubles mentaux de la « Tuberculose atypique ». Hyvert s'est intéressé à cette même question et, s'appuyant sur les travaux de Marchand concernant les encéphalites psychosiques, a décrit une forme qu'il a appelée « psycho-encéphalites de la tuberculose atypique ».

Telles sont les grandes étapes du démembrement de la folie tuberculeuse.

J. Faure et P. Freour nous ont communiqué diverses observations de psycho-bacilloses dont la plupart viennent du service de M. le Professeur Delmas-Marsalet.

Il s'agit de divers cas de neurasthénie tuberculeuse, confusion mentale, euphorie terminale délirante, délires polymorphes, dépression mélancolique, accidents hystériques et schizophrénie.

Mais, avant de les exposer, nous voudrions essayer d'indiquer la fréquence des troubles mentaux chez les tuberculeux. Ils sont peu fréquents par rapport au nombre de ces malades et ne se

rencontrent pas uniquement chez les pulmonaires, mais aussi chez les osseux (Bale) et chez les autres tuberculeux viscéraux.

En prenant comme base un chiffre de 100 tuberculeux présentant des troubles mentaux, on en trouve 70 chez qui la psychose forme toute l'histoire clinique ; au cours de cette psychose on découvre une tuberculose.

Ensuite chez des tuberculeux avérés on voit apparaître des psychoses (20 %). Enfin des psychopathes avérés peuvent faire une tuberculose (10 %).

Seuls les deux premiers cas nous intéressent. Mais avant d'exposer les observations qui nous ont été communiquées, nous tenons à indiquer l'existence d'une *note de confusion mentale* qui entache tous les syndromes mentaux rencontrés chez les tuberculeux.

NEURASTHÉNIE ACQUISE TUBERCULEUSE

La neurasthénie accompagne souvent la tuberculose. Caractérisée par une asthénie très marquée, elle se traduit physiquement par une fatigue profonde et moralement par des préoccupations obsédantes, touchant surtout à l'état de santé, et presque toujours accompagnées de troubles du caractère : tristesse, émotivité et irritabilité.

Ce syndrome peut accompagner la tuberculose à un moment quelconque de son évolution. Certains auteurs pensent qu'il est la seule manifestation de la période de début de la maladie. Cependant, il peut coexister avec n'importe quelle forme de tuberculose, aussi bien avec une forme torpide qu'avec une forme hautement évolutive.

C'est en 1927 que Janowski attira l'attention sur la neurasthénie prétuberculeuse, dans des cas où les atteintes viscérales étaient presque insoupçonnables. L'auteur conclut : « Tout malade qui présente des symptômes tenaces de neurasthénie en général, surtout certains symptômes vaso-moteurs, cardiaques, intestinaux, thyroïdiens, doit être examiné minutieusement au point de vue des poumons ». Nous rappellerons aussi la définition du « patraque » de Burnand, valétudinaire, quelquefois subfébrile, fatigable et faible, mais chez qui l'examen le plus minutieux ne peut mettre en évidence aucune localisation tuberculeuse. Dans 5 % des cas seulement, affirme-t-il, les seules preuves d'imprégnation tuberculeuse seront la présence d'une cuti-réaction violente, la richesse et la fréquence des antécédents personnels et familiaux. Depuis lors, il s'est d'ailleurs rallié à l'opinion de Jacquelin sur les tuberculoses atypiques.

Récemment H. Aubin citait une soixantaine d'observations de neurasthénie, principalement pendant les tuberculoses torpides. Il fait intervenir la notion de race et pense que « les Israélites en sont les victimes d'élection, alors que, d'autre part, ils font rarement, nous disent les phtisiologues, des formes évolutives graves ».

Cette neurasthénie serait due à l'imprégnation des centres corticaux et neuro-végétatifs par la toxine tuberculeuse, sans qu'il soit possible d'incriminer directement le bacille de Koch. Pour Dubois, Minet, Warembourg, elle serait le résultat d'un dérèglement neuro-végétatif complexe, tandis que Janowski et Kreft-Elbin en font l'aboutissement d'une atteinte des vaso-moteurs cérébraux ou médullaires.

Au demeurant, n'est-ce pas la même chose ?

Landouzy et Marfan ont voulu faire intervenir, l'un le terrain tuberculisable, le second, la diathèse tuberculeuse. Carton, après avoir dosé une hypocalcémie, une hyperpotassémie et parfois une hypercholestérolémie dans le sang de ses malades, invoque l'arthritisme des biologistes.

En fait, tout neurasthénique devra subir un examen serré orienté vers la recherche d'une tuberculose possible. Cliniquement, la neurasthénie groupe plusieurs états (les « *états neurasthéniques* » de Tinel) dans lesquels se trouve cette asthénie profonde et ces préoccupations que nous avons déjà signalées. On range dans ces états neurasthéniques la *névrose asthénique, la névrose émotive* et *la névrose anxieuse avec syndrome de refus de* Gilles.

Cette irritabilité qui rend le tuberculeux sujet à des colères subites, lui faisant refuser les cures, les conséquences de sa maladie, constitue *le syndrome aparnétique de* Gilles. C'est un mécanisme de compensation, le malade essayant de masquer sa tristesse et sa crainte.

La psychasthénie peut être rapprochée de ces états neurasthéniques. Mais bien qu'Ichok ait parlé de sentiment d'incomplétude chez les tuberculeux, ceux-ci semblent présenter rarement un syndrome psychasthénique pur du type Janet.

Observation I (J. Faure)

B..., jeune homme robuste de 21 ans, qui entre en quelques semaines, dans un état dépressif avec asthénie physique et morale, anxiété, tuberculo-phobie, préoccupations hypocondriaques, fatigabilité. L'état général cependant est parfait. La radioscopie ne donne rien. Trois semaines plus tard, la radiographie permettait de déceler deux cavernes jeunes, bilatérales. En résumé, psycho-névrose d'angoisse.

Observation II (n° 4942)

E... (Marius), 28 ans, envoyé le 11 février 1941 du Sanatorium Xavier-Arnozan dans le Service de psychiatrie de la Faculté, parce que, atteint de tuberculose au début, il vient de commettre des actes d'indiscipline : irritation permanente, refus nombreux, gestes impulsifs, colères ; a déchiré son drap pour déplaire à la sœur de la salle. Son entrée dans le service de mentaux le fait réfléchir et entraîne un désir de discipline qui permet son retour au sanatorium.

Conclusion : syndrome aparnétique.

LA CONFUSION MENTALE TUBERCULEUSE

Quelquefois primitive, la confusion mentale apparaît comme liée le plus souvent à une intoxication d'origine endogène ou exogène. « La tuberculose ne fait pas exception à cette règle générale de nosologie psychiatrique qui veut que toute infection ou toute intoxication se produise cliniquement par une confusion mentale. »

Telle était l'opinion de Régis, et il semble bien que toutes les formes de la confusion mentale peuvent s'observer au cours de la tuberculose. Torpeur cérébrale, parole tremblante, désorientation dans l'espace ou le temps. Ces signes peuvent s'aggraver, créant la confusion mentale stupide : le malade est inerte, ne s'alimente plus. Un degré de plus et par libération de l'automatisme mental, le malade devient le jouet d'hallucinations visuelles, auditives, cœnesthésiques. Les tuberculoses pulmonaires ou pleuro-pulmonaires nous semblent être plus souvent génératrices de ces confusions que les tuberculoses torpides qui touchent moins l'état général. Il existe d'ailleurs un parallélisme marqué entre l'évolution de la poussée tuberculeuse, et l'intensité de la crise confusionnelle.

On trouve encore dans des bacilloses moins avancées et moins graves un état confusionnel léger, un simple onirisme, un état de puérilisme tel que le décrit Ernest Dupré dans sa « Pathologie de l'imagination et de l'émotivité ». Ce comportement infantile est dû, pense Dupré, à la bouffée toxique, et disparaît avec elle.

Notre observation III réalise assez complètement ce syndrome. Dupré cite également une adulte qui, sous l'influence de la toxi-infection tuberculeuse, parla « petit nègre » pendant quelque temps et se reprit à jouer à la poupée.

En conclusion, nous croyons pouvoir affirmer que la confusion mentale s'ajoute pratiquement toujours aux autres formes de psychobacillose et leur donne une allure spéciale, un véritable « air de famille ».

Observation III (n° 4086)

B... Suzanne, 17 ans, lycéenne, entrée le 19 février 1939; début le 10 décembre 1939; après le décès d'une amie et de sa propre grand'mère, apparition d'un état d'excitation assez typique (qui dure encore) avec fébricule, maniérisme, minaudage, itération, refus de s'alimenter, injures envers sa mère ; onirisme marqué : voit des tombes, entend des voix, converse avec sa grand'mère disparue; subitement, tentative ridicule de suicide pour obéir à sa grand'mère, qui, au cours d'une apparition, lui aurait dit de la suivre; négativisme et inaffectivité, troubles de la mémoire, puis phase de « puérilisme » qui dure cinq jours : zézaiement, parole scandée, traînante et chantante, comme celle d'un jeune enfant, pose sans cesse des questions naïves, surtout demande des bonbons; taquine l'entourage de façon niaise : mimique adaptée à ce rôle d'enfant. Fonds mental : jusqu'alors brillante élève, autisme. Antécédents héréditaires : mère

névropathe, père « bizarre ». Antécédents personnels : pleurite à 13 ans. Examen : syndrome net d'irritation pyramidale. Ponction lombaire : rien à signaler. Anémie. Poumons : rien à signaler. Sort amélioré le 30 mars 1939. Revue le 25 avril 1939 : a maigri, tousse, céphalées, troubles menstruels, fébricule, quelques bizarreries. Poumons : rien à signaler. Même syndrome d'irritation pyramidale. Revue en juillet 1939 : dépression légère, amaigrissement. Radio pulmonaire : tuberculose au début.

En résumé : schizomanie, onirisme et « puérilisme » de Dupré, syndrome d'irritation pyramidale (méningo-encéphalite tuberculeuse ?). Retenir les antécédents héréditaires à titre de prédisposition.

OBSERVATION IV

Mme L... (V.), 65 ans, repasseuse. La malade entre dans le service avec le diagnostic de neurasthénie; début assez brusque par des crises d'anxiété il y a quelques semaines, à la suite d'une intervention chirurgicale subie par sa fille. En réalité, depuis plusieurs mois, elle voyait baisser son goût au travail. Elle désespérait de ne pouvoir tout faire et négligeait son ménage. Quinze jours avant son entrée, l'asthénie est extrême, la malade demeure volontiers alitée et pleure le matin en songeant au travail qu'elle ne peut pas faire. La nuit n'apporte pas de sommeil, mais des cauchemars, et la malade entend des bruits de musique militaire dans le crépuscule : onirisme. Antécédents personnels héréditaires : rien à signaler. Malade pâle (anémiée à 3 millions), amaigrie, hypotonique, asthénique. A l'examen pulmonaire, quelques râles secs aux deux sommets. Température : 37° 8. Radio : ombres intercléido-hilaires bilatérales et aspect peu évolutif. La confusion disparaît par le repos. L'asthénie s'améliore lentement, parallèlement à la tuberculose, qui chemine vers sa stabilisation depuis cinq mois. En résumé, névrose asthénique avec confusion légère.

OBSERVATION V (n° 3903)

Mlle M... (L.), 26 ans; jeune bonne à tout faire; elle présente, le 25 juin 1935, un épisode confusionnel franc, ayant débuté par des idées délirantes. Le 22 juin, sa confusion persiste malgré le cardiazol. Son état décline. On découvre, le 21 juillet 1939, une pleurésie séro-fibrineuse droite, fébrile pendant un mois. Puis la température reprend en septembre avec aggravation de l'état confusionnel, qui n'avait jamais cédé. Mais en novembre l'état pleural, général et mental entrent de concert dans la voie de la guérison. Une sœur de la malade est phtisique.

OBSERVATION VI (n° 4699)

Jeune fille de 16 ans, V... (Jeannine). En 1939 son état général était médiocre; surmenée scolaire, se plaint de troubles digestifs. En 1940 l'anorexie devient grave. On découvre, en novembre, une tuberculose pulmonaire droite : traitement par le pneumothorax. Traitement endocrinien sans résultat; refus d'alimentation. La malade entre dans le service. A ce moment c'est un désintéressement complet qu'elle a pour sa famille, pour son état. Elle demeure de longs jours dans un état de prostration et de stupeur, d'inertie marquée, de confusion mentale flagrante. On crée un pneumothorax gauche pour une forme peu infectante. A partir d'août 1941 l'état pulmonaire et

général s'améliore en même temps que la confusion mentale s'éclaire. Celle-ci disparue, il demeure un fond de pithiatisme certain, qui existait déjà avant la maladie.

Observation VII (J. Faure)

M. B..., Sénégalais de 28 ans, traité pour une caverne tuberculeuse de découverte récente. Il fait, sans cause, un épisode d'obnubilation légère qui s'aggrave, devient confusionnel, puis disparaît en quelques jours pour faire place à un état dépressif avec idées délirantes, tristes; tentative de suicide avec agitation anxieuse. Mort en quelques semaines.

Observation VIII

Mme D..., 27 ans. Après une grossesse fatigante, terminée le 30 novembre 1946, fait en avril 1947 une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse. Malade neurasthénique. Essai infructueux de pneumothorax en mai 1947, puis, le 25 novembre 1947, premier temps de thoraco, suivie de condensation de la base du type de pneumonie caséeuse. Température élevée (40°). En même temps épisode mental : confusion mentale avec agitation, hallucinations.

Ensuite période dépressive avec auto-accusation. La confusion s'atténue, les hallucinations persistent. Streptomycine. Le 18 janvier 1948, phrénicectomie gauche, puis pneumo-péritoine. Le 12 juillet 1948, thoraco, deuxième temps, et le 26 juillet 1948 on pratique le troisième temps. Malgré une amélioration, la malade a toujours conservé un comportement anormal, solitaire, et refuse les contacts médicaux.

Le 16 septembre 1948 on pratique un examen psychique :

— Souvenirs personnels et familiaux : réponses exactes et immédiates;

— Souvenirs sociaux : plus confus.

— Jugement et auto-critique : défaillants; petits problèmes : mauvaises réponses;

— Attention : test consistant à rayer les lettres : refus.

— Test de Rorcharch : les planches sont présentées une à une, lentement. La malade se refuse à parler, prend une attitude de plus en plus hostile et ne dit plus un mot.

— T.A.T. :

Planche I : voit un enfant qui a l'air de bouder. — 15 h. 27.

Planche II : voit un paysan qui travaille aux champs... Puis elle se tait. — 15 h. 28.

Planche III : voit une personne qui pleure. Impossible de lui faire construire une histoire. — 15 h. 32.

Depuis la planche IV jusqu'à la fin, attitude de refus, regarde ailleurs et devient de plus en plus hostile.

Euphorie terminale

L'espoir de la guérison est d'observation courante chez les tuberculeux. Par contre, l'euphorie terminale reste exceptionnelle et rentre dans le domaine de la pathologie. Elle apparaît chez des tuberculeux avancés, bilatéraux et profondément infectés. Le

malade qui ne mesure pas la gravité de son état fait des projets d'avenir. Cet illusionisme est une forme terminale de la confusion mentale.

OBSERVATION IX

P... (Carmen), 30 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse bilatérale en dernière période avec cyanose; présente progressivement un état d'excitation somato-psychique, revit des épisodes de la guerre d'Espagne, fait avec joie de nombreux projets en vue d'y prendre une part prochaine, convaincue de sa guérison rapide. Décès.

En résumé : confusion et euphorie.

OBSERVATION X

Bar... (L.), 33 ans; une tuberculose pulmonaire ouverte, peu évolutive, entraîne au début un état dépressif marqué; amélioration, satisfaction de la malade qui ne se soigne plus; rechute, tuberculose bilatérale rapidement évolutive, mais optimisme tranquille de la malade, qui fait de nombreux projets et meurt euphorique.

En résumé : neurasthénie tuberculeuse au début, puis euphorie terminale délirante.

DÉLIRES POLYMORPHES

Le plus souvent mal systématisés, ce sont surtout des délires hallucinatoires. ABADIE et HELFFT toutefois préfèrent le terme de « délires oniriques ». Il s'agit, en effet, d'interprétations erronées des hallucinations qui ont frappé le malade au cours de son état onirique. RÉGIS a nommé ces états : « les délires systématisés secondaires post-confusionnels » (Caducée, 1899), tandis que DELMAS et GALLAIS (1911), LEGRAIN et DEMAIN (1912) l'ont appelé « délires systématisés post-oniriques ».

Dans certaines observations on a parlé de délires érotiques. Ce sont là aussi des délires peu systématisés où domine la *confusion mentale*, avec « des idées incohérentes, des actes bizarres mêlés aux gestes obscènes ». (ABADIE et HELFFT).

Dans l'observation III (N° 4086) on voit un délire mal systématisé dû à une conviction délirante post-onirique, entraîner une puérile tentation de suicide.

DÉPRESSION MÉLANCOLIQUE

Il s'agit très rarement d'états purs. Il y a une note de *confusion mentale* qui vient s'ajouter à la mélancolie.

OBSERVATION XI

Ben Mous..., 28 ans, entre, en septembre 1943, atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale fibro-caséeuse, très évolutive, au stade terminal, hautement fébrile; a tenté de se suicider au cours d'un accès dépressif; très convaincu de sa déchéance physique, il persiste dans son idée de suicide; on le calme, et comme on s'occupe de lui, il reprend espoir.

Notre Observation VII peut encore nous servir d'exemple.

ACCIDENTS HYSTÉRIQUES

Nombreuses sont les observations qui témoignent des liens, de nature encore inconnue, existant entre la tuberculose et le pithiatisme.

Il est fréquent de voir une tuberculose se manifester sur un terrain pithiatique et inversement des troubles hystériques apparaître chez un bacillaire.

Régis, La Bonnardière et Morelli ont démontré que l'hystérie enrichit et déforme les symptômes de la tuberculose et les troubles mentaux.

Observation XII (n° 4053)

Notre observation est celle d'une jeune fille de 18 ans, F... (Jacqueline), qui présentait des troubles pithiatiques depuis deux ans, quand se révéla une tuberculose pulmonaire fruste qui nécessita de multiples examens. Accentuées au début de la maladie, les démonstrations pithiatiques se calmèrent par la suite sans disparaître toutefois, tandis que la tuberculose se stabilisait.

Antécédents héréditaires : père hypocondriaque .

Observation XIII (n° 5000)

B... (Pierre), 21 ans, vient, le 2 mai 1941, du service d'urologie, où il a subi une néphrectomie pour tuberculose rénale; se plaint de phénomènes vésicaux et de sensations bizarres qui ne correspondent pas à l'état de son appareil urinaire examiné par les spécialistes; troubles du caractère, hypocondrie, manifestations pithiasiques. Pithiatisme chez un bacillaire urinaire.

SCHIZOPHRÉNIE

H. Hurschler et H. Perrier dans « *Schweizerische Medizinische Woxhenschrift* » (Bâle 2 novembre 1946) ont écrit un article intitulé « Tuberculose et schizophrénie » que nous n'avons malheureusement pas pu nous procurer encore.

D'après Dubois et Dogny, la schizophrénie serait souvent observée pendant la tuberculose, tandis que Brunerie n'a relevé dans sa thèse qu'un nombre restreint de cas.

On observe cependant les trois grandes variétés de démence précoce :

— La Démence précoce vraie de Morel, juvénile, avec affaiblissement mental ;

— La Schizophrénie caractérisée par une dissociation psychique du malade qui perd tout contact avec la réalité, devient indifférent, et se livre à des actes absurdes.

— La Démence précoce post-confusionnelle de Régis; état d'affaiblissement qui survient après un épisode confusionnel.

Notre Observation III (N° 4086) réalise assez bien un état de schizophrénie, simple désadaptation au réel, sans grosse dissociation des facultés psychiques.

Beaucoup d'auteurs pensent que la démence précoce est de nature tuberculeuse, et en premier lieu Esquirol et Bale. Les médecins d'asiles, d'autre part, furent frappés du nombre de déments précoces qui mouraient tuberculeux.

Voici d'ailleurs les arguments des partisans de l'origine tuberculeuse de la démence précoce.

— *Argument étiologique:*

Richesse et fréquence des antécédents familiaux et personnels tuberculeux chez les déments précoces.

Claude et Doblineau ont apporté des statistiques et Privat de Fortune trouve 72 % d'antécédents tuberculeux.

— *Argument morphologique:*

On a comparé le type bacillaire de Landouzy, le type asthénique de Kretschmer et l'hypoplasie cardio-artérielle et glandulaire des démences précoces.

— *Argument expérimental:*

En 1931, Lœwinstein découvre la présence de virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien d'un dément précoce. Il en retrouva même dans le sang.

Claude et Baruk ont obtenu des phénomènes de Koch et de tuberculisation du cobaye à partir du liquide céphalo-rachidien de dément préccoe.

Caleza, en 1934, a attribué la démence précoce à une hyperergie tuberculeuse.

Mais cela reste difficile à prouver, car les lésions anatomo-pathologiques ne sont guère spécifiques.

Et quant à la découverte de bacilles acido-résistants dans le sang, Saenz ne pense pas qu'on ait affaire à un vrai bacille de Koch : le cobaye est frappé d'une affection nodulaire pulmonaire sans l'atteinte ganglionnaire si fréquente dans la tuberculose.

Enfin, pour la statistique, Courtois retrouve des antécédents personnels pathologiques dans 63 % des cas : encéphalopathies de l'enfance (typhoïde, grippe, broncho-pneumonie, scarlatine, diphtérie, rougeole) qui laissent cette arriération intellectuelle terrain propice à l'éclosion de la démence précoce. Au point de vue des antécédents héréditaires, les psychopathies et l'alcoolisme seraient plus fréquents que la tuberculose.

L'on peut penser aussi que la mort par tuberculose de nombreux déments précoces peut s'expliquer par leur catatonie, leur refus de nourriture.

Blanchard en conclut que la tuberculose et la démence précoce sont deux affections sans lien, le plus souvent juxtaposées à cause de la mauvaise hygiène des aliénés.

Sauf preuves plus convaincantes nous ne pensons pas que la tuberculose intervienne spécifiquement dans le processus encéphalitique souvent lié à la démence précoce.

En conclusion, nous joignons l'observation suivante :

Observation XIV

S... Raymonde, entrée le 31 août 1943, 40 ans; en 1931 a présenté, à 28 ans, des troubles de l'affectivité : irascibilité, colères éclatant au milieu de l'indifférence émotionnelle habituelle, réduction de l'activité intellectuelle et perte de l'activité utile. Démence précoce : internement. Sort de l'asile en 1935. Depuis, est bien portante et gardable en milieu familial; mais en juillet 1943, apparition de tuberculose pulmonaire bilatérale ouverte.

Antécédents personnels : atteinte pulmonaire, vraisemblablement tuberculeuse, à 17 ans.

En résumé : démence précoce survenue chez une malade déjà suspecte de tuberculose, et qui a présenté, douze ans après le début de sa psychopathie, une bacillose en dehors de toute contagion et en milieu familial.

Essai de pathogénie des troubles mentaux des tuberculeux

Nous avons établi certains faits qui peuvent servir à l'étude pathogénique des psycho-bacilloses.

Nous croyons pouvoir dire que les troubles mentaux qui se manifestent chez les tuberculeux sont le fait d'un processus encéphalitique dont les lésions ne sont pas spécifiquement tuberculeuses, mais sont la conséquence de l'intoxication des cellules cérébrales par les toxines du bacille de Koch.

C'est ce que prouve l'étude des formes mentales pures de la méningite tuberculeuse faite par Helfft dans sa thèse inspirée par Abadie.

Helfft met en évidence :

— La similitude entre les troubles mentaux prodromes de la méningite tuberculeuse et ceux qui se manifestent dans des tuberculoses à localisation quelconque.

— L'unité profonde des divers troubles psychiques des méningites tuberculeuses due à la présence constante dans tous les syndromes d'une confusion mentale plus ou moins apparente.

— L'atteinte des cellules cérébrales qui présentent des lésions banales d'intoxication (atrophie cellulaire volumétrique, amas importants de granulations).

— L'association à la méningite d'une encéphalite si bien qu'on doit parler de « méningo-encéphalite tuberculeuse ».

A l'aide de preuves anatomiques et cliniques, il conclut que les troubles mentaux sont dus à la toxine plus qu'à la bacillémie, et avec Abadie, il émet l'hypothèse que les tuberculeux pulmonaires, présentant des troubles mentaux et, à l'autopsie, des lésions toxiques banales des cellules cérébrales, sont atteints de méningo-encéphalite tuberculeuse torpide. Cette méningo-encéphalite due aux toxines diffusées du bacille de Koch qui agit « tout comme un poison exogène peut le faire » (Helfft) n'a rien de spécifique.

Et tout comme Armand-Delille, Abadie et Helfft, nous con-

cluons que la toxi-infection tuberculeuse produit des lésions encéphaliques banales des cellules cérébrales et que ce sont ces lésions qui créent la psychose.

En deuxième lieu, toutes les psychoses tuberculeuses ont un trait commun qui est la présence constante d'une *confusion mentale* qui leur donne un véritable « air de famille ».

Pour compléter cet aperçu sur les formes mentales pures de la méningite tuberculeuse, nous citerons l'observation suivante.

OBSERVATION XV

« DELMAS-MARSALET, LAFON et FAURE », Société anatomo-clinique de Bordeaux, 8 novembre 1941. — Méningite tuberculeuse à forme mentale pure chez un schizophrène.

G... (Gérard), 25 ans, instituteur, entre le 8 novembre 1941, pour obnubilation avec excitation.

Antécédents héréditaires : père hypomane, mère « bizarre », a eu une psychose puerpérale.

Antécédents personnels : autisme, bizarreries; à partir de 1935, périodes de dépression et d'excitation avec actes discordants, tendance mystique, excentricités scandaleuses; diagnostic de schizophrénie en 1939. Mobilisé, prisonnier, revient pour arthropathie du genou droit; huit jours après son retour, agitation et confusion. Dans le service : onirisme vespéral, fièvre à 39° 6; au dix-septième jour de son hospitalisation : paralysie complète du 111 et syndrome méningé brusque. Ponction lombaire : 444 lympho, 2 g. 70 d'albumine, 6 g. 40 de chlorure, bacilles de Koch. Décès le lendemain.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

EXPOSÉ de la " TUBERCULOSE ATYPIQUE " de JACQUELIN et de la " PSYCHO-ENCEPHALITE de la TUBERCULOSE ATYTIQUE " de HYVERT.

Avant d'aborder la description de la méningo-encéphalite de la tuberculose atypique, telle que l'a fournie M. Hyvert, nous voudrions rappeler brièvement ce que représente, pour Jacquelin et ses collaborateurs la notion de « Tuberculose atypique » et quelles sont les diverses manifestations qu'il leur a paru légitime de faire entrer dans ce cadre.

LA NOTION DES « TUBERCULOSES ATYPIQUES »

Jacquelin groupe sous ce vocable des syndromes très divers pouvant intéresser n'importe quelle fonction ou n'importe quel organe : cliniquement l'étiologie ne pourra qu'être soupçonnée : antécédents personnels ou familiaux du sujet, lente évolution, avec alternance ou succession de ces syndromes, inefficacité des traitements non spécifiques. L'absence de B.K. sous sa forme acido-résistante, aussi bien dans les exsudats que dans les lésions, la banalité des résultats des examens habituels (cuti, sédimentation, etc.) obligent à recourir à d'autre procédés de diagnostic que nous étudierons plus loin.

Syndromes classés actuellement dans les « tuberculoses atypiques ».

Jacquelin distingue :

I. — *Des « syndromes paroxystiques d'origine hyperallergique »* parmi lesquels il range :

A. — *des formes aiguës de bacillose pulmonaire,*

Congestions type Woillez ou Potain
Poussées pneumoniques
Cortico-pleurites parfois « intriquées »

c'est-à-dire mises en évidence par une infection saisonnière banale.

B. — *des asthmes tuberculeux*

C. — *des rhumatismes tuberculeux.*

Jusque-là, le terrain où s'engage l'auteur est solide, parce

qu'étudié depuis longtemps. Il est plus intéressant, mais cela a soulevé beaucoup plus d'objections, de voir classer sous la rubrique « tuberculoses atypiques » les formes suivantes :

D. — *Certaines rhino-trachéo-bronchites à répétition*

L'importance de l'asthénie, la fréquence des sueurs, peuvent faire prévoir l'évolution : bacillose confirmée ultérieure, ou apparition d'autres syndromes classables dans les « tuberculoses atypiques ». M. le Professeur Piechaud fait observer, à juste titre, que Jacquelin dans son ouvrage, « omet de citer le père de ces syndromes qui est notre compatriote Martin du Magny ».

II. — *Certains états subfébriles chroniques :*

Fièvre légère avec sueurs et parfois manifestations séborrhéiques (acné).

III. — *Certains syndromes dysendocriniens :*

A. — *Syndromes thyroïdiens*

a) *Basedow typique :* l'auteur signale la gravité de syndromes basedowiens observés par lui chez des femmes castrées pour tuberculose génitale.

b) *Basedow fruste.*

c) Syndromes sympathico-toniques sans hyperthyroïdie décelable.

B. — *Syndromes parathyroïdiens* qui seraient responsables de la décalcification si souvent observée dans les sujets atteints de « tuberculoses atypiques », décalcifications dont les manifestations seraient :

— une phosphaturie très abondante.
— une hyperexcitabilité neuro-musculaire.
— une hyperexcitabilité cérébrale avec fatigue nerveuse.
— une tendance aux spasmes viscéraux.
— des troubles osseux, dentaires, ungueaux.

C. — *Syndromes surrénaux* qui ne se manifestent que par une simple hypotension.

D. — *Syndromes pluriglandulaires.* Signalons à ce propos que M. le Professeur Piechaud fait observer qu'il serait logique de ranger certaines formes de nanisme parmi les manifestations dysendocriniennes de la tuberculose atypique.

IV. — *Certains syndromes neuro-psychiques :*

Nous étudierons ultérieurement ce que M. Hyvert appelle les « psycho-encéphalites de la tuberculose atypique ».

V. — *Certains syndromes hépato-digestifs :*

Insuffisance hépatique (avec, généralement un foie un peu gros) dyspepsie, plutôt à allure hypochlorhydrique, entéro-colites, syndromes appendiculaires ou pseudo-appendiculaires.

Depuis, on a ajouté à cette liste déjà longue beaucoup d'affections pour lesquelles on peut invoquer une étiologie bacillaire : un récent ouvrage traite d'ailleurs des « tuberculoses atypiques de l'œil ». Cependant, comme le fait d'ailleurs Jacquelin, nous arrêterons ici la nomenclature des « tuberculoses atypiques ».

Les difficultés commencent avec l'établissement du diagnostic.

Jacquelin invoque :

— les antécédents « familiaux et personnels » ; il faut en rechercher la richesse et la fréquence, car autrement, chez qui n'en trouverait-on pas quelques-uns ?

— l'allure clinique et surtout l'alternance de syndromes de « tuberculose atypiques »: si cette alternance est nette parfois (asthme et bacillose pulmonaire, psychose et bacillose pulmonaire, etc.), certains auteurs craignent que, vu l'extension donnée au cadre de la tuberculose atypique, on n'arrive à parler d'alternance chez tout malade ayant présenté deux affections différentes quelles qu'elles soient.

Par ailleurs, la sédimentation n'est pas très spécifique et la cuti-réaction n'entraîne pas la conviction. Nous n'en voulons pour preuve que l'objection opposée par P. Abely à M. Hyvert lors de la séance du 24 mai 1948 de la Société Médico-psychologique :

« Quelles avaient été les cuti-réactions de ces malades ? Si, « comme le laisse croire M. Hyvert, ces cuti-réactions sont très « positives, on peut se demander s'il s'agit d'une toxémie tuber- « culeuse ou d'une anti-toxémie (comme le supposait M. Toye). « Toute la race blanche est plus ou moins imprégnée de tuber- « culose et il est admissible qu'à la faveur de troubles métaboli- « ques diencéphaliques et de troubles neuro-végétatifs, il y ait « réveil de cette imprégnation de l'enfance. Si bien qu'on peut se « demander si les contrôles biologiques si minutieusement utilisés « par M. Hyvert, si la positivité des épreuves de Jacquelin ou de « Benda, sont à la base étiologique du désordre mental, ou s'ils en « sont seulement la conséquence. »

D'autres critères sont donc indispensables. Aussi, Jacquelin décrit-il un nouveau test tuberculinique :

« On prépare une solution d' « alt-tuberkulin » de Koch au 1/1000e dans du sérum physiologique, contenant 0 gr. 50 % d'acide phénique. Cette solution ne peut se conserver et doit être préparée extemporanément. On injecte sous la peau du bras ou de la cuisse 5/10 de cette solution, soit un demi-milligramme de tuberculine pure. On a noté, si possible toutes les deux heures, la température, les deux jours qui précèdent l'injection, le malade étant mis au repos complet. On continuera à surveiller la courbe thermique au même rythme, le jour de l'injection et les deux jours qui suivent. Si aucune élévation n'est constatée, on pratique le troisième jour une deuxième injection de 1 milligramme. Et si aucune modification n'apparaît, on fait, le sixième jour après la

première, une troisième injection de 5 milligrammes (en utilisant cette fois 5/10 de cc. d'une solution au 1/100e). Si cette troisième injection reste sans effet on peut conclure à l'absence complète de toute tuberculose. Si la température axillaire s'élève de 4/10e de degré ou davantage, c'est qu'il y a infection tuberculeuse, susceptible de jouer un rôle dans les troubles pathologiques étudiés. »

S'il y a, en plus des modifications thermiques, une « exagération quasi expérimentale des troubles morbides accusés par le malade » (« réactions syndromiques »), on peut considérer qu'une telle électivité réactionnelle apporte une preuve formelle de l'origine tuberculeuse des manifestations ainsi reproduites. »

De plus, l'auteur indique que l'épreuve du traitement (chrysothérapie et tuberculinothérapie) serait un autre test de la spécificité de l'affection envisagée.

ÉTUDE DE LA PSYCHO-ENCÉPHALITE DE LA TUBERCULOSE ATYPIQUE

Hyvert groupe sous ce vocable des « encéphalites étendues ou limitées provoquées par une réaction d'intolérance locale aux toxines tuberculeuses ».

Il cite à l'appui de sa thèse les travaux de Marchand et de ses élèves, sur les encéphalites psychosiques : « Ces travaux nous apportent des faits qui nous permettent de rattacher anatomiquement ces états au groupe des tuberculoses atypiques ».

Nous allons résumer l'esquisse qu'Hyvert propose de ces affections dont « les signes psychiques comprennent la totalité des syndromes psychopathiques ou psychonévrotiques et une grande partie de la nosologie psychiatrique ».

Description clinique :

1° *Prodromes :* atteinte progressive de l'état général.

2° *Début :* soit brusque (confusion mentale fébrile) soit plus lent (obnubilation, anxiété surtout, signes d'imprégnation bacillaire), mais dans tous les cas présence d'un ou plusieurs éléments de « la triade d'acuité ».

(Confusion avec bouffées délirantes
(anxiété
(excitation intellectuelle.

A cette période, les différents examens de laboratoires sont nettement en faveur de la bacillose.

3° *Installation de la psychose définitive,*

qui sera évidemment fonction de la psychologie antérieure du sujet. Les troubles somatiques tendent à s'atténuer avec cependant des possibilités de poussées aiguës (réapparition du syndrome d'acuité, exacerbation des réactions biologiques). A ce stade, une thérapeutique étiologique est encore possible.

4° *Passage à la chronicité :*

Il peut y avoir simple « persistance mentale morbide » avec possibilité de guérison brutale, spectaculaire, à la suite d'un choc quelconque, provoqué ou non.

Plus souvent, il s'agira de lésions irréversibles, véritables séquelles, les signes de toxémie bacillaire ayant d'ailleurs depuis longtemps disparu.

Ainsi, au début, les troubles mentaux seront en rapport direct avec l'imprégnation tuberculeuse. C'est le moment où l'on peut et doit intervenir par une thérapeutique appropriée. Plus tard, quand la toxémie aura disparu, il ne faut guère compter sur une réversibilité quelconque.

Diagnostic :

Il devra donc être précoce et il faudra s'appuyer, en plus des arguments cliniques qui peuvent faire défaut, sur les épreuves biologiques.

En plus du « tuberkulin test » de Jacquelin, qui, dans 73 % des cas donnerait de véritables « réactions syndromiques », M. Hyvert retient :

a) *la vitesse de sédimentation :* tout au moins au début de l'affection.

b) *le granulo-diagnostic de* Benda, augmentation du volume et du nombre des granulations des polynucléaires neutrophiles, ce qui signerait l'importance de la toxémie bacillaire.

c) une autre épreuve sera *l'efficacité du traitement.*

Traitement :

L'auteur n'envisage que les traitements suivants :

Chrysothérapie et tuberculinothérapie, traitement de Charpy, qui seraient efficaces à la période initiale. Il repousse à ce stade les thérapeutiques fonctionnelles (et en particulier l'électro-choc) qui seront utilisées à titre palliatif, une fois la psychose installée.

Divers adjuvants sont retenus (application de vésicatoires, suivie d'un entretien de la plaie par pommade épispastique, opothérapie).

Les résultats seront d'autant meilleurs que le traitement sera plus précoce.

Il sera intéressant de voir si les thérapeutiques anti-bacillaires, plus actives, dont nous pourrons disposer, dans un avenir proche (streptomycine, promine, acide para-aminosalycilique) entraîneront le « bouleversement total du pronostic des psychoses primitives » espéré par l'auteur.

Ce sera là le critère de la valeur de son hypothèse sur l'origine de ces psychoses.

CHAPITRE II

Observation clinique de Mme L...

1° Copie de l'observation prise à l'Hôpital Saint-André, Salle 6 :

L... (Ursule), 42 ans, employée à la sécurité sociale. Entrée : 15 août 1946. Sortie : 18 septembre 1946.

Histoire de la maladie.

Malade adressée par le Docteur B... pour hémoptysie le 15 juillet 1946. (L'hémoptysie semble douteuse, mais la radioscopie et la radiographie pratiquées par le Docteur B... ont révélé des images suspectes, principalement au sommet gauche.)

Donc, le 15 juillet 1946, hémoptysie moyenne de sang rouge sans cause apparente.

Depuis, fatigue, amaigrissement, pas d'appétit, souffre un peu du sommet droit. Ni toux ni expectorations.

Antécédents.

Personnels : négatifs. Un enfant de 16 ans, bien portant.

Familiaux : mari mort bacillaire il y a deux ans, après cinq ans de maladie pendant lesquels il fut soigné par sa femme.

Examen.

Malade amaigrie, teint terreux, muqueuses pâles.

Appareil respiratoire : sonorité normale de l'ensemble.

Auscultation : quelques râles crépitants en avant, à gauche (?). Le sommet droit est un peu soufflant, avec quelques râles crépitants et frottements (?). Râles crépitants en arrière au sommet gauche, modification de la voix chuchotée (?).

Autres appareils : rien à signaler.

Analyse des crachats :

Le 19 août 1946 : crachats en abondance dans le liquide gastrique. Il n'a pas été vu de B.K.

Le 4 septembre 1946 : liquide gastrique : recherche de B.K. négative.

Cuti-réaction positive.

Urée sanguine : 0 gr. 25 (16 août 1946).

Urine (16 août 1946) :

Albumine = 0.
Glucose = 0.
Acétone = 0.

Meinicke (18 août 1946): négatif.

Sédimentation (14 septembre 1946): Vernes-résorcine. Au bout d'une heure la vitesse de sédimentation est de 15 millimètres.

D.O. = 5.

Formule hémo-leucocytaire (14 septembre 1946) :

Neutro : 62 %.
Eosino : 4 %.
Lympho : 34 %.

Hématies : 3.620.000.
Leucocytes : 4.000.
Hémoglobine : 70 %.

Interprétation de la radiographie pratiquée le 17 août 1946 :

Opacité non homogène, localisée à la région sous-claviculaire gauche (pièce de 1 franc).

Trame légèrement accentuée à droite avec quelques calcifications.

2° Observation prise par le Docteur LE LOURD le 28 mai 1948. (La malade lui était envoyée par le Docteur B..., qui lui signalait en même temps les images radiologiques suspectes découvertes en 1946.)

19 juillet 1946 : petite hémoptysie, asthénie. Le médecin traitant conseille l'hospitalisation à Saint-André, Salle 6. Trois tubages négatifs.

La malade part six mois à Pau, où elle est suivie par le Docteur Jullien. Elle rentre en mars 1947. Le poids a alors augmenté de 5 kilos (P. : 54 kg ; H. : 1 m. 66).

En septembre 1947 : hypersomnie.

Le 16 avril 1948 : hallucinations auditives (impression de grains de riz jetés sur les volets à 22 heures). Cette impression reparaît quand la malade se couche. La malade éprouve une sensation de constrictions électriques, sans pouvoir agir.

Ensuite la malade a des hallucinations mystiques visuelles. Elle voit des morts. La nuit elle se lève en dormant, et se réveille inconsciemment un jour devant la glace, une autre fois sur son pot de chambre. Elle éprouve aussi une « sensation de léthargie ».

Antécédents.

Une sœur : tumeur blanche du coude à 16 ans.
Mari : mort tuberculeux à 49 ans, soigné cinq ans par elle.
Père : mort gazé (1914).
Mère : morte péritonite tuberculeuse en 1916, à 35 ans.
Un fils de 17 ans : bien portant.

Examen.

Faciès hagard, depuis deux mois, aménorrhée.

Examen radioscopique (28 mai 1948) sensiblement normal, même au sommet gauche, où il n'existe plus d'images suspectes. La graphie a été jugée inutile.

Tension artérielle: 19 — 10 I° 3.

Cuti-réaction : à peine positive.

Intra-dermo à la tuberculine brute très positive (pièce de 5 francs).

Vitesse de sédimentation : 15 millimètres au bout d'une heure ; 31 millimètres au bout de deux heures.

Granulogramme de Benda :

Neutro type	normal	52 %
—	— intermédiaire	43 %
—	— pathologique	1 %

Recherche de la spécificité :

Kahn	négatif.
Meinicke, micro	négatif.
— macro	négatif.
B.W. technique de Demange	négatif.
— technique de Hecht	négatif.

Diagnostic le 28 mai 1948 : psycho-encéphalite tuberculeuse .

Traitement : antigène méthylique + allochrysine.

Revue le 29 juin, a reçu : 4 antigène méthylique et 4 allochrysine à 0,10.

Grosse réactivation pleurale avec frottement des deux bases, surtout à droite.

Au point de vue psychique : beaucoup mieux.

Le faciès hagard a disparu, elle est beaucoup moins excitée. Elle a une allure sensiblement normale et met à la porte « les clients à l'avenir », car elle s'était mise à prédire l'avenir, mais une fois améliorée du point de vue psychique elle s'y refuse.

Perte de poids de 2 kilos (52 kg. 100).

22 juillet : même poids. A reçu 18 antigène méthylique + 18 allochrysine.

15 septembre : dort et mange bien. Traitement aurique, arrêté fin juillet (eczéma aurique). Poids à 51 kg. 400, pas de température. Albumine : 0. Excellent état psychique.

25 octobre : poids, 50 kg. 400, malgré un appétit normal. Dort bien, sans hallucinations. Petite fébricule sans support radiologique.

Convoquée début novembre pour subir des tests mentaux et un électroencéphalogramme, refuse le 4 novembre par une lettre très correcte; son écriture est normale et bien équilibrée.

La malade est cependant très suggestible, puisqu'il suffit de lui envoyer une lettre un peu impérative pour l'amener à accepter les divers tests mentaux.

Evolution : comme les tests mentaux le faisaient prévoir, la malade présente de nouveau des troubles mentaux et a repris ses habitudes de devineresse

CHAPITRE III

TEST DE RORSCHARCH

Ce test a été contrôlé en « Rorscharch aveugle » par le Docteur A. Guérin, chef de clinique adjoint des maladies nerveuses et mentales de la Faculté de Bordeaux. Nous l'en remercions vivement.

I. — *Notes générales sur le test.*

Il s'agit d'une méthode projective. Rapoport définit ainsi la méthode projective. « Les procédés projectifs sont ceux dans lesquels les sujets, activement et spontanément, structurent un matériel non structuré, et ainsi révèlent les principes qui guident leur activité structurante, qui sont aussi les principes de leur structure psychologique ».

Dix taches d'encre, dont cinq colorées, sont présentées au sujet dans un ordre donné. On invite le sujet à dire ce qu'il voit dans les taches. On juge du test par rapport aux trois critères suivants : 1) Le sujet voit-il l'ensemble ou plutôt le détail de la tache ? 2) Perçoit-il plutôt la forme, la couleur ou l'image d'un mouvement ? 3) Quel est le contenu des interprétations du sujet ? D'autre part, on tient compte de la quantité des réponses, de leur ordre de succession, de leur variabilité, de leur originalité. Le nombre des réponses globales, des détails, des détails anormaux, les rapports entre ces divers types de réponses et la totalité des réponses permettent de porter un jugement sur la forme d'intelligence. La qualité des formes renseigne sur la précision de la pensée.

La discrimination entre les réponses « couleur » et les réponses « mouvement » permet de classer les sujets en « introversifs » si les réponses « mouvement » l'emportent et « extratensifs », si les réponses « couleur » dominent.

Enfin, la psychologie du sujet est envisagée d'après le contenu des interprétations.

II. — *Signification des abréviations*

G = soit *structural,* il correspond à la vue d'un cliché, d'un schéma; soit *combinatoire,* il est synthétique et procède de la synthèse d'éléments pris dans la planche et exposés selon une vue générale. Il est parfois exprimé par D G.

D G contaminé = compté comme G; c'est une vue synthétique obtenue grâce à quelques éléments anormaux particulièrement retenus.

D = grand détail. C'est une partie de la tache qui a *sa structure propre,* indépendamment de la dimension.

Dconf. = D confabulatoire, lorsque le détail isolé donne lieu à une réponse qui n'est pas conforme à la réalité, comme inventée.

Dd = petit détail, ou détail de grand détail, qui n'a pas en soi de structure propre.

On distingue le : Db, ou détail de bordure, qui est linéaire, qui ne doit pas avoir de surface, comme un profil d'homme, par exemple.

Di, ou détail intérieur, qui est un relief dans une tache et qui n'a pas de limites définies.

Dr, ou détail rare, qui est un détail d'isolement rare (et non d'interprétation rare).

Dbl, ou détail blanc, qui est une partie blanche isolée.

DDbl = ou détail blanc d'un détail; il est indiqué lorsque la partie blanche est entourée, et que c'est la partie environnante qui a entraîné le jugement.

F = Forme, elle détermine quel est le stimulus qui est à la base de la réponse.

F + et F = F +, lorsque la forme a été bien vue.

F — = lorsque la forme a été mal vue.

C (grand C) = Couleur. Noter que le Blanc, le Noir et le Gris ne sont pas considérés comme des couleurs.

c (petit c) = désigne les effets d'ombre et de texture.

CLOB = Clair-obscur. Il doit désigner un espace à trois dimensions et aussi un paysage, un panorama, une perspective.

K = est employé lorsque le stimulus essentiel de l'image est un mouvement.

Il y a des combinaisons entre F, C, c, CLOB, K, ces lettres passant l'une devant l'autre, suivant la nature du stimulus.

PO = position, est employé lorsque la réponse a été déterminée par l'existence d'un élément de la planche situé à proximité de l'image isolée.

H = Homme.

A = Animal.

Anat. = Anatomie.

Arch. = Architectural.

Nat. = Nature.

Obj. = Objet.

O = Original.

B = Banal.

III. — Mme L..., 44 ans.

Attitude du sujet. — Attitude de méfiance; elle avait d'abord refusé de venir. Une excitation légère existe avant l'examen et durera pendant tout l'examen. Elle se prend progressivement au jeu, et accomplit sa tâche avec intérêt. Elle est fatiguée visiblement à la fin du test, qui aura duré une heure. Elle tourne et retourne les planches très souvent, a un débit rapide et accompagne de gestes ses réponses. Elle mime parfois l'attitude des personnages.

Planche 1

1. — Quelqu'un de démoniaque, qui ferait des exhortations maléfiques, quelqu'un de pas très humain (image du milieu). (Ajoute : Les mains de chaque côté et un masque.)

D.K.H. Original.

2. — Un chien ou une chienne avec son petit qui lui donne une protection tout à fait maternelle (image latérale).

Di. CLOB F. — A. Original.

3. — Comme un bébé sur les bras de quelqu'un, mais je ne vois pas le visage et le corps de l'autre, comme un bébé qui appuie sa tête sur l'épaule (image latérale, partie gauche).

Di. CLOB F. — H. Original.

4. — Un animal avec une queue vu de profil, même chose de l'autre côté, mais c'est plutôt un animal à fourrure qu'à plume, deux animaux qui se font pendant.

Di. F. — C. A. O. —.

5. — Deux visages de profil tournés vers là (elle désigne du geste), les yeux, le menton bien prononcés.

Db. F. —. H. O. —.

Planche II

1. — Oh ! c'est comme si c'était un sanctuaire avec le Christ (partie blanche médiane située dans la tache rouge de la partie inférieure de la planche), puis ajoute : Non, c'est la Vierge de Lourdes.

Dbl. F —. H. O.

2. — De l'eau, un bassin (partie médiane blanche de la planche, située au-dessous de la partie rouge précédente).

Dbl. F. Nat.

3. — Un socle et une vierge, Notre-Dame de Fatima, sa couronne, son manteau, le socle et une vasque au-dessous (partie médiane supérieure, noire, suivie de haut en bas, y compris les parties blanches inférieures).

D. F. —. H. O.

4. — Ce qui dépasse : deux flèches de la cathédrale (les deux pointes rouges qui divergent hors de la partie rouge centrale du bas de la planche).

Dd. F —. Architectural. O —.

5. — Deux animaux, deux rhinocéros (les deux parties latérales noires, la planche étant tournée sommet vers la droite, en position horizontale).

D confabulatoire. F —. An.

6. — Deux bêtes qu'on ne peut désigner, (les deux parties latérales noires, la planche étant tournée le sommet dirigé vers la gauche, en position horizontale).

D. F —. An. Bonal.

7. — Deux rhinocéros, comme un zèbre, une bête comme ça (elle remet la planche, sommet vers la droite).

D. cF —. An. O —.

PLANCHE III

1. — Deux types ! (elle rit et s'exclame), le même individu répété, deux personnages semblables de chaque côté, qui seraient comme ça (elle mime), on dirait plutôt de la bête, qu'ils ont des poils au lieu d'avoir de la peau, on dirait que ce sont des types primitifs, je ne peux leur donner de noms, les premiers hommes tirant sur l'animal, je peux pas dire sur le singe, mais presque... je leur trouve le crâne plat, une bosse, un creux, une bosse, crâne d'un être anormal, manqué, je les vois pleins de poils, un grand cou, du poil gris ici (elle montre sa propre poitrine) et comme un jabot pointu et des éperons comme un coq à la partie inférieure.

G combinatoire. Fc. H. O.

2. — Ils ont quelque chose au bout de leurs mains (partie étriquée = main), une boule qu'ils balancent et présentent cette boule comme un gros sabot fermé pour aller dans la boue devant une tombe; ils ont l'air de se défier, c'est à qui l'aura.

D. K. H.

3. — Ils présentent cette chose-là au clair de lune, à la nuit tombante, devant une tombe.

Dd. Clob. Architectural.

4. — Elle tourne et retourne la planche, puis la met à l'envers et parle).

Cette chose séparée qui forme leur jambe, vue dans un autre sens, on dirait un poisson très long.

D. F. An. B.

5. — Elle tourne, retourne la planche, puis la met horizontalement, la tête des sujets étant tournée vers la droite.

Cette image, un homme de cour, plutôt un prélat vu de dos, la tête, la pèlerine, un prélat d'un certain âge (il s'agit de la tache rouge médiane, vue dans sa totalité, la jonction amincie rosée étant le cou du prélat décrit).

D. F —. H. O.

6. — Deux personnes accidentées auxquelles il manque une jambe (parties latérales rouges).

D. C F —. H. O.

PLANCHE IV

1. — Quelque chose de vilain, ça. Je vois comme le visage d'un homme, voilà ses yeux de chaque côté, de ces hommes qui veulent épouvanter, qui sont comme ça là (elle mime), avec un nez très grand, une petite coiffure, des cheveux de chaque côté, et qui à la place des bras aurait des tentacules, comme la pieuvre un peu (à ce moment elle devient interrogative), il représente un peu comme on représente l'ogre aux enfants, en plus vilain là, avec de grandes jambes, de grands pieds et tout poilus, le sombre c'est les jambes, le clair ses pieds.

D G contaminé. Fc. H.

2. — Là, au milieu, il n'a pas de ventre, cet homme, il n'a que l'estomac. Ça va jusqu'à l'estomac.

Di. F. Anatomique. Po (position).

3. — Et ce qui suit, c'est comme une peau de bête qu'on met sur un tapis, une peau tannée, ça aurait le regard un peu bovin, des oreilles comme ça, étroites sur le côté (geste), et ensuite je lui vois des paupières en pointe, ça fait comme un chapeau de gendarme, vues de profil les paupières, alors le museau plat, très large, avec une défense de chaque côté, assez longues, et deux plus petites au milieu. C'est curieux, on dirait que c'est vivant, de la façon dont je le vois. Ça fait partie du même personnage, c'est la suite, à la suite, il est retenu par des adhérences, il est rattaché. (Il s'agit de la portion large médiane inférieure qui remonte presque jusqu'au milieu de la planche.)

D. F — c. An. O.

4. — (Planche tournée sommet vers la gauche et en position horizontale.)

Là, sur le côté, ça imiterait le phoque avec une bosse sur le dos (il s'agit de la partie noire située sur les parties latérales, et qui est paramédiane).

D. F. An.

Planche V

1. — Un corps de femme avec des pattes et des ailes de chauve-souris. On dirait une chauve-souris avec le visage de femme de profil, avec deux cornes; on dirait deux tubes comme une coiffure (la malade fait des gestes sur sa propre tête).

DG. F —. H. O.

2. — Ce qui est clair, un mollet, un petit bout de cuisse, le pied, comme si elle avait les cuisses écartées, très petit pied.

D confabulatoire. F —. H. Banal.

3. — On dirait que cette femme a un peu le bec de lièvre.

D bordure contaminé. F —. H.

4. — (Planche tournée horizontalement, le sommet dirigé à gauche).

Alors là, en haut d'une des ailes, c'est comme si elle regardait un homme couché, je vois les yeux, le crâne qui sort bien, comme s'il dormait, et puis elle regarde comme ça (la malade mime), de profil.

D bordure. F. H. Position (Po).

Planche VI

1. — Vous allez dire que je ne vois que des vilaines choses. Ce sont des êtres que je vois toujours. La tête d'un homme sans cheveux, avec quatre poils de moustache, deux grands yeux comme s'il avait des lunettes noires, comme s'il soufflait dans un instrument, ou comme s'il prenait une inhalation, comme un instrument dans lequel il soufflerait, qui vient jusqu'au bout en s'amenuisant (c'est la partie médiane dans sa totalité).

D. F —. H. O.

2. — Le même, de chaque côté on dirait des ailes de pigeon, les inférieures plus vers l'arrière.

D. F CLOB. Animal.

3. — Le même homme vu à l'envers, le cou d'un être humain et le corps ouvert, comme quand on fait des études d'anatomie.

G. F. —. Anato.

4. — Deux organes intérieurs comme les reins, ils seraient mal placés, mais je les vois là.

Di. F —. Anato.

5. — Les deux parties latérales, ça me fait l'effet de deux très grosses artères.

D. F—. Anato.

PLANCHE VII

1. — (La malade rit.) Au milieu, en haut, une villa dans la montagne, avec deux fenêtres.

D. CLOBF —. Architectural. O.

2. — Deux amoureux entre les deux montagnes, une jeune fille toute nue, elle touche la main d'un homme; l'homme, je ne lui vois que la tête, c'est la partie noire, comme s'ils se disaient au revoir.

D blanc — K. H. O.

3. — Deux commères qui parleraient, exactement semblables, un cou très fin, une tête très grosse, les yeux très enfoncés, le nez très près de la bouche, tout petit, rond; elles sont comme ça (la malade avance la tête elle-même); une coiffure comme une queue de renard qui se tiendrait raide; elles n'ont pas de corps.

G. combinatoire. F. H.

4. — (Planche tournée horizontalement, le sommet vers la droite.) Deux chiens qui se frottent le museau, et celui de gauche aurait un collier.

D. F K. Animal. Banal.

PLANCHE VIII

1. — (Planche tournée horizontalement, sommet vers la gauche.) Deux hyènes avec deux longues pattes de devant en action, comme si elles escaladaient, je ne leur vois pas de queue.

D. FK. Anim. Banal.

2. — Un homme (partie blanche médiane sous la partie gris vert supérieure); il aurait un chapeau de gendarme avec des pans très longs, les deux hyènes tiennent un bout de son chapeau, il a des yeux très fixes, un visage très allongé, une espèce de moustache blanche très régulière, puis une barbe comme un petit bouc frisoté.

D. F —. Hd.

3. — Un vêtement d'homme comme un veston posé sur un cintre.

D. F. Objet.

PLANCHE IX

(La malade tourne et retourne la planche.)

1. — (Planche tournée horizontalement, le sommet vers la gauche.) Que je prenne comme ceci ou comme cela, on dirait un gnome sans coiffure, une tête de profil avec des moustaches tombantes, comme s'il était maillotté; je ne vois ni bras ni jambes.

D. F. H. O.

2. — (Planche toujours dans le même sens.) La partie verte : un visage de femme avec le corps d'un cochon, avec un bonnet, une patte très mince, puis derrière, comme une patte d'éléphant, puis sur le dos elle a comme un radiateur d'auto, comme un entonnoir où on mettrait l'essence; je vois les choses à ma façon.

D. F —. H. O —.

3. — (Planche tournée horizontalement, le sommet vers la droite.) De chaque côté on dirait des habitants de colonies, des indigènes, qui font la cueillette d'un arbre qui n'a que le tronc, puis cette femme avec une cotonnade, elle tire quelque chose de l'arbre. (Il s'agit des parties claires, couleur orange, situées sur la droite de la planche tournée vers la droite.)

D rare. K. H. O.

4. — (Planche tournée dans le même sens. La malade revient à la partie verte.) Un masque, deux yeux et la bouche, c'est un masque, c'est pas une personne.

Di. F —. Objet.

PLANCHE X

(La malade tourne et retourne la planche.)

1. — Là, je vois plutôt comme des crabes (parties latérales bleues), là, je vois comme la mer.

D. F. Animal. Banal.

2. — Enfin je vois toujours la même chose, un homme, ce n'est pas un masque, avec des sourcils en accent circonflexe, les yeux vont en hauteur, je ne lui vois pas de nez, à partir de la tête quelque chose qui continue, puis les moustaches très brunes de chaque côté; comme coiffure, je ne sais pas ce que c'est comme coiffure, les coiffures que portent les Russes, mais au lieu d'être égales, rondes, ça fait comme un dessin de chaque côté. (Il s'agit de la partie brune et grise médiane inférieure contenant du blanc et surmontée de blanc.)

DO blanc. F —. H. O.

3. — (Planche tournée horizontalement, le sommet vers la gauche.) Pas comme des serpents, mais comme des anguilles (parties vertes médianes à gauche).

D. FC. Animal.

4. — Deux sujets semblables, mais la tête, pas le corps, le corps c'est pas ça, ça n'a aucune forme, et on dirait qu'avec leur bouche elles soufflent dans... je ne sais pas comment ça s'appelle quand on gonfle le verre, c'est relié comme une sorte d'encrier, mais vide ici au milieu. (Il s'agit des deux parties grenat et des portions bleues reliées au milieu.)

D. K. H. O.

Pas de choc couleur.

Planche préférée : planche 11, où elle a reconnu la vierge de Lourdes et Notre-Dame de Fatima.

Durée du Test : une heure.

DÉPOUILLEMENT

I. — *Termes à retenir :* Il y en aurait beaucoup. Voici ceux qui nous ont paru les plus typiques.

Quelqu'un de *démoniaque* qui fait des exhortations *maléfiques*, quelqu'un de *pas très humain*. — Comme un bébé sur les bras de quelqu'un, mais je ne vois pas le visage et le corps de l'autre, *comme un bébé qui appuie sa tête sur l'épaule*. — Oh! c'est comme si c'était un *sanctuaire*... c'est la *Vierge de Lourdes*... *Notre Dame de Fatima*. — Deux flèches de la cathédrale. — Deux personnages, on dirait *plutôt de la bête*, ils ont des *poils*, *pas humains*... ils ont quelque chose dans leur main, une boule qu'ils balancent et présentent comme un *gros sabot fermé* pour aller dans la boue *devant une tombe*. Ils présentent cette chose là au *clair de lune*, à la *nuit tombante*, devant une tombe. — Un prélat... vu de dos. — Deux personnes *accidentées*, auxquelles il manque une jambe. — Quelque chose de *très vilain* çà ; je vois comme le visage d'un homme, voilà ses yeux de chaque côté, de ces hommes qui veulent *épouvanter*, qui sont comme çà, et là ,avec un nez très grand, une petite coiffure, des cheveux de chaque côté et qui, à la place des bras aurait des *tentacules* comme une *pieuvre*. Il représente un peu comme on représente l'*ogre* aux enfants *en plus vilain* là, avec de grandes jambes, de grands pieds et tout *poilu*. Là, au milieu, *il n'a pas de ventre*, cet homme, il n'a que l'estomac, et ce qui suit, c'est comme une peau de bête qu'on met sur un tapis, une peau tannée, ça aurait le regard un peu bovin, des oreilles comme ça, étroites, sur le côté et ensuite je lui vois des paupières pointues, ça fait comme *un chapeau de gendarme* vu de profil, les paupières, alors le museau plat, très large, avec une défense de chaque côté, assez longue et deux plus petites au milieu ; c'est curieux *on dirait que c'est vivant* de la façon dont je le vois, ça fait partie *du même personnage*, c'est la suite, comme à la suite, *il est retenu par des adhérences*, il est rattaché. — Un corps de femme avec des pattes et des ailes de chauve-souris... un mollet, un petit bout de cuisse, le pied comme si elle avait les cuisses écartelées, très petit pied ; on dirait que cette femme a un peu *le bec de lièvre*. — Vous allez dire que je ne vois que *des vilaines choses*. Ce sont des êtres que je vois toujours ; la tête d'un homme sans cheveux, avec quatre poils de moustache ; il soufflerait dans un instrument, comme s'il prenait une inhalation. Le même homme vu à l'envers, le cou d'un être humain et le corps ouvert, comme quand on fait des études d'anatomie, *deux organes intérieurs* comme les reins, ils seraient *mal placés*. — Une villa dans la montagne avec deux fenêtres, *deux amoureux entre les deux montagnes*, une jeune fille toute nue, elle touche la main d'un homme, l'homme je ne lui vois que la tête, *partie noire*, comme s'ils se disaient *au revoir*. — Un homme, il aurait un chapeau de *gendarme*, avec des pans très longs et chaque hyène tient un bout de son chapeau, il a des yeux très fixes, un visage très allongé, une espèce de moustache blanche, très régulière, puis une barbe comme un petit bouc frisoté. — Un gnome, *sans coiffure* une tête de profil avec des moustaches tombantes, comme s'il était *maillotté*.

— *Un visage de femme avec le corps d'un cochon...* fixé sur le dos elle a comme un *radiateur...*, comme un entonnoir où on mettrait *l'essence*, je vois les choses à ma façon. — De chaque côté on dirait des habitants des colonies... puis cette femme avec une cotonnade, elle tire quelque chose de l'arbre.

Commentaires

1. — On relève une hostilité de l'ambiance, surtout une hostilité venant de l'homme, qui n'est jamais humain, sans entrailles, ogre, à demi-bête, poilu, étrange, bizarre, épouvantable. Cet homme porte presque toujours une coiffure, chapeau de gendarme souvent signe de puissance. Il est doué d'un pouvoir maléfique. Il est aussi parfois puni, ayant des organes difformes, anormaux, mal placés et le corps ouvert. La femme apparaît comme une victime, écartelée, mutilée, isolée, cherchant protection dans un monde hostile qui l'écrase. Ce monde hostile est triste et étrange, peuplé d'êtres maléfiques. Ses instincts maternels sont frustrés et lorsqu'ils sont satisfaits ils sont trompés, l'enfant étant difforme et de sexe masculin. La femme est ridicule, au corps déformé et ne sert plus qu'à l'assouvissement du mâle (« corps de cochon », « entonnoir où l'on mettrait de l'essence »). Elle est esclave et sert à satisfaire les plaisirs déviés de l'homme. Quand elle a de bons moments avec son partenaire, la séparation survient.

2. — Si la malade attache une grande importance aux puissances maléfiques, mystérieuses, elle en attache une non moins grande à tout ce qui est saint, vénérable, sacré et mystique. Peut-être est-ce là un moyen de se protéger.

3. — *Du point de vue psychanalytique*, il est possible de penser qu'il existerait un conflit, avec crainte de l'homme et agressivité envers lui, un traumatisme sexuel et une frustration des instincts maternels. Tout cela s'accompagnerait d'un sentiment de culpabilité, avec complexe de castration. Nous ne serions pas surpris que dans son enfance elle ait été déçue par son père.

4. — Il est surtout intéressant de noter comment la malade prend contact avec l'extérieur. On a l'impression qu'elle vit un rêve, qu'elle nous décrit. Comme dans le rêve, des objets *inanimés* prennent peu à peu une forme *vivante* (cf. « la peau tannée » de la planche IV), les êtres *se déforment* peu à peu, prennent un caractère étrange, bizarre, épouvantable et monstrueux, à mesure que la scène se déroule. C'est comme si la malade « plaquait » des images *oniriques* sur les planches qu'elle décrit. Comme dans le rêve, un caractère *macabre*, nocturne, s'associe souvent à une note *ridicule* et tout *se lie*, s'associe, se « contamine » sans qu'il y ait pourtant de caractère logique dans les relations établies. La malade se rend compte du caractère *étrange* et monstrueux de ses descriptions ; elle le fait remarquer. Elle décrit souvent les planches comme le ferait une *devineresse* en état de transe. Elle emploie presque toujours l'article *indéfini*. Eprouvant de la

difficulté pour appréhender les formes, et sans doute de l'angoisse, elle essaie d' « adhérer » aux objets, *les relie entre eux*, ne peut s'arracher aux objets et se livre à l'étude de détails qu'elle décrit en les déformant, ce qui ajoute encore à l'étrangeté de ses descriptions.

En bref, elle saisit toujours le côté bizarre, étrange, monstrueux d'une planche. Le contenu de ses descriptions rappelle de façon frappante les thèmes délirants de nos malades atteints d'*onirisme : bizarrerie, étrangeté, monstruosité, terreur, mysticisme, caractère démoniaque sexuel* et *macabre*.

II. RÉPONSES

	PLANCHE I	
D	K	H O
Di	CLOB F—	A O—
Di	CLOB F—	H O—
Di	F—c	A O—
Db	F—	H O—
	PLANCHE II	
Dbl	F—	H O
Dbl	F+	Nat
D	F—	H O
Dd	F—	Arch. O—
D conf.	F—	A
D	F—	A B
D	cF—	A O
	PLANCHE III	
G (comb.)	Fc	H O
D	K	H
Dd	GLOB	Arch.
D	F	A B
D	F—	H O
D	CF—	H O
	PLANCHE IV	
DG (nat.)	Fc	H
Di	F	Anat. Po
D	F—c	A O
D	F	A
	PLANCHE V	
DG	F—	H O—
D conf.	F—	H B
Db cont.	F—	H
Db	F	H Po
	PLANCHE VI	
D	F—	H O—
D	F CLOB	A
G	F—	Anat.
Di	F—	Anat.
D	F—	Anat.
	PLANCHE VII	
D	CLOB F—	Arch. O
Dbl	K	H O
G (comb.)	F	H
D	FK	A B
	PLANCHE VIII	
D	FK	A B
D	F—	H détail
D	F	Obj.
	PLANCHE IX	
D	F	H O
D	F—	H O—
Dr	K	H O
Di	F—	Obj.
	PLANCHE X	
D	F	A B
DDbl	F—	H O
D	FC	A
D	K	H O

46 réponses en 60'.
Temps moyen : 1'18".

$$\frac{\text{Réponses des pl. VIII + pl. IX + pl. X}}{\text{Réponses totales}} = \frac{11}{46}$$

24 %, donc diminution.

III. — *Type de succession*

Extrêmement relâché.

IV. — *Type d'appréhension*

1 DG (contaminé) + 2 G (combinatoire) + 1 G (structural = 4 G.

23 D + 2 D (confabulatoire) + 1 DDbl = 26 D.

6 Di + 3 Db (dont 1 contaminé) + 2 Dd + Dr = 12 Dd.

3 Dbl + 1 DDbl = 4 Dbl.

D'où :

4 G + 26 D + 12 D + 4 Dbl.

Le type d'appréhension est un type de *détails*.

V. — *Type de perception*

a) *Réponses formelles pures :*

28 F (9 F +. 19 F—). Nous réunissons F + et F sous la dénomination F +.

Pourcentage des réponses formelles sur les réponses totales :

$$\frac{\text{Réponses totales}}{\text{F total}} = \frac{46}{28} = 61\ \%.$$

Pourcentage des formes plus par rapport aux formes moins :

$$\frac{\text{F +}}{28} = \frac{9}{28} = 32\ \%.$$

b) *Réponses Kinesthésiques :*

5 K + 2 FK (ces dernières étant des inesthésies d'animaux).

c) *Réponses des couleurs :*

1 CF— doit être considérée comme 1 C (grand C).

1 FC doit être considérée comme 1/2 C.

D'où : 1 C + 1/2 C = 1 C,5.

Donc : C = 1,5.

c (petit c) = désigne les effets d'ombre et de texture.

2 F — c + Fc + 1 cF—, ce qui fait :

$$\frac{2}{2} + \frac{2}{2} + 1 = 3.$$

c (petit c) = 3.

D'où les rapports suivants :

1° Rapport important : *la Résonance intime* (R.I.).

$$\text{R. I.} = \frac{\text{K humaines seulement}}{\text{Couleurs pures}} = \frac{\text{K}}{\text{C}} = \frac{5}{1,5}$$

La malade est *introversive*.

2° Rapport secondaire :

$$\frac{\text{K animales}}{\text{petit c (effets d'ombre et texture)}} = \frac{\text{FK}}{2\ \text{F} - x + 2\ \text{Fc} + 1\ \text{Fc}} = \frac{2}{3}$$

d) *Clair-obscur ou CLOB :*

3 CLOB F— + 1 F CLOB + 1 CLOB
ou 3 + 1/2 + 1 = 4 + 0,5 = 4,5.

VI. — *Le contenu*

23 Hommes + 13 Animaux + 4 Anatomies + 1 Nature
+ 3 Architectures + 2 Objets.

Pourcentage des réponses Hommes par rapport aux réponses totales :

$$\frac{23}{46} = 50\ \%.$$

Pourcentage des réponses Animaux par rapport aux réponses totales :

$$\frac{13}{46} = 28\ \%.$$

Pourcentage de détails humains :

$$\frac{18}{46} = 39\ \%.$$

Pourcentage de détails animaux :

$$\frac{13}{46} = 28\ \%.$$

Pourcentage de détails anatomiques :

$$\frac{3}{46} = 6\ \%.$$

Petits détails humains : 7.

$$\text{Pourcentage} : \frac{7}{46} = 15\ \%.$$

Petits détails animaux : 2.

$$\text{Pourcentage} : \frac{2}{46} = 4\ \%.$$

Originalités : 22 O (dont 13 O + et 9 O —).

Pourcentage des réponses originales : 48 %.

Banalités : 5 B.

Pourcentage des banalités : 10 %.

Po (c'est-à-dire quand le déterminant est entraîné par l'existence dans l'image de quelque chose situé à proximité) = 2.

COMMENTAIRES ET RÉSULTATS

Sujet *d'intelligence* difficile à juger actuellement. La malade montre des qualités *synthétiques* et de l'imagination par la prédominance des G synthétiques ou combinatoires (2) sur le G structural (1 seul). — 1 D G montre une tendance à la *contamination* qui est prouvée par plusieurs appréhensions soit contaminées (2 fois) soit confabulatoires (2 fois), ce qui donne des *interprétations formelles fausses.*

Il y a donc un élément, un *mécanisme perturbateur* qui entraîne la malade à perdre le contact avec le réel. Ce contact, la malade a pourtant une tendance prédominante à le garder par la fixation sur les détails ; elle fait appel pour le conserver (26 D + 12 Dd + 4 Dbl). Elle prolonge cet effort par une analyse, soit très minutieuse et quelquefois remarquable par la finesse de l'observation, soit déviée par une anomalie de jugement.

Le caractère *méticuleux* se retrouve dans l'étude des détails intérieurs (6) et de très petits détails (3 détails de bordure).

Mais cette analyse poussée vers le détail est frappée *d'un vice* qui fait dévier l'interprétation et entraîne des formes erronées. Ensuite une imagination sans frein, ni contrôle, *imagination libérée*, édifiée des D et des G qui donnent des formes mal vues.

Cette façon d'interpréter les planches provoque un type de perception formelle très particulier : pour un pourcentage de F total sensiblement normal, la malade ne présente que 32 % de F+ et par conséquent 68 % de F moins. *Ceci est une preuve supplémentaire de psychose.*

Il existe une *originalité paradoxale* des réponses : 48 % d'originalités. C'est le fait d'une imagination débordante, qui laisse souvent derrière elle tout contact avec la réalité, d'où tendance à *l'incohérence.*

Il n'y a aucune tendance aux stéréotypies habituelles. La malade délaisse les modes usuels d'expression : 28 % seulement d'interprétations animales et 11 % de banalités. Elle choisit les fragments de taches et de planches qui sont remarqués le moins souvent pour les interpréter avec fantaisie, sans aucune systématisation. Aussi la succession est-elle extrêmement relâchée.

En résumé :

Mécanisme perturbateur qui fait perdre le contact de la réalité, libère l'imagination, entraîne un relâchement dans la suite des idées ; psychose.

Du point de vue affectif :

La malade montre des tendances *introversives* nettes (Résonance intime de $\frac{5}{1,5}$) ; le rapport secondaire n'atténue guère

ces tendances et ne fait pas entrevoir leur stabilisation. Il s'agit donc d'un sujet qui perd le contact avec le monde extérieur et qui vit son imagerie intérieure.

Le domaine *thymique* de cette maladie est *troublé*. En effet, le nombre des interprétations d' « estompage » et de « clair-obscur » montre une inquiétude qui va jusqu'à *l'anxiété* et qui inhibe les relations avec l'entourage familial ou social. Il est vrai que cet état d'insécurité peut être secondaire à l'impossibilité de coller à la réalité des faits et à ce que la malade comprend la rupture qui existe entre elle et le monde réel.

Les détails blancs et intérieurs chez une introversive paraissent prouver cet état de doute vis-à-vis d'elle-même, peut-être aussi une négativation de ses forces et une agression portée sur son être par elle-même. Les interprétations anatomiques nous révèlent d'ailleurs trois éléments : négation d'organes, malformation, destruction corporelle.

Il n'y a pas de choc-couleur (= psychose). Mais il y a une préférence pour le noir.

Les Dbl portent presque essentiellement sur des interprétations humaines, de même les K. La nature des kinesthésies humaines évoque le conflit *à thème obscène sexuel et macabre.*

Les réponses en rapport avec les CLOB et les petits c ont une grande valeur affective. La valeur affective des CLOB révèle le *sentiment maternel*, le *deuil et l'isolement de l'être faible.* La valeur affective des petits c est faite de *souvenirs pénibles* de tout ce qui a trait à *l'homme, à l'enfant, à la naissance, au fœtus.*

Le jugement est *dérouté* devant l'irruption des affects et des tendances petit c et CLOB. Le jugement se modifie à mesure que la malade l'exprime à cause de l'élément de texture et de consistance que la malade découvre dans l'image qu'elle décrit. Il semble que ce soit surtout l'élément flou, imprécis, donné par une fourrure qui influence ce jugement. D'autre part, la présence de poils fournit à son jugement une valeur de *bizarrerie, d'anomalie, d'étrangeté* et *d'épouvante.*

Les « clair-obscur » ajoutent un élément *macabre* et une impression *d'isolement.*

Incontestablement le jugement est perturbé par l'irruption des affects et tendances petits c et CLOB, qui lui fournissent des éléments de valeur *floue, bizarre, étrange, épouvantable, macabre* (éléments nettement rencontrés dans le rêve et les thèmes oniro-confusionnels).

En résumé : *psychose; libération de l'imagination et relâchement dans la suite des idées; éléments confusionnels qui créent sans doute ce mécanisme perturbateur qui fait perdre le contact avec le réel.*

CHAPITRE IV

THEMATIC APPERCEPTION TEST
ou Test de MORGAN et MURRAY

Le « thematic apperception test », familièrement appelé TAT, est une méthode qui se propose de révéler quelque chose des tendances dominantes, des émotions, des sentiments, des complexes et des conflits qui entrent dans une personnalité. Sa valeur particulière consiste dans la possibilité qu'il nous offre de mettre à jour les tendances sous-jacentes et inhibées que le sujet ne peut pas reconnaître en lui-même, ou qu'il ne peut pas y voir, parce qu'il n'en a pas conscience.

C'est encore une technique projective. On demande aux sujets de raconter des histoires à propos d'une image. Vingt images, dont le choix a été établi par Murray et ses collaborateurs, sont présentées au patient. La personnalité inconsciente est ainsi explorée.

Dans le dépouillement du test ont tiendra compte des perturbations et du contenu des histoires. Les perturbations et inhibitions indiqueront les complexes psychanalytiques ; ainsi on retiendra le refus de donner des histoires, les changements dans le ton du récit, les erreurs de perception, les confusions et les contradictions, le manque de cohérence entre une histoire et l'ensemble, les histoires aberrantes. Le contenu des histoires et des principaux thèmes doit être soigneusement envisagé. Il est bon dans ce but d'analyser les tendances du héros (dans lequel le sujet se projette), les tendances de l'environnement, les situations dans lesquelles se trouve le héros et la nature des rapports héros-environnement.

Nous l'avons pratiqué chez Mme L... et lui avons expliqué ceci : « Je vais vous montrer des images et je serais heureux que pour chaque image vous construisiez une histoire que vous m'exposeriez. Dites ce qui est arrivé avant la scène qui est représentée sur l'image et dites ce qui se passe maintenant. Dites aussi ce que les personnages du tableau éprouvent et pensent et comment les choses finiront. Vous pouvez raconter n'importe quelle sorte d'histoire. »

RÉCITS ETABLIS PAR LA MALADE

PLANCHE I

Un jeune garçon contemple un violon qui repose sur une table devant lui. (Dessin de Christiana D. Morgan.)

« Cet enfant était préoccupé quant à une carrière à choisir et son idéal. Il réfléchissait beaucoup, s'est mis à « bûcher » la partie musicale qui lui plaisait; après bien des luttes il a réussi. Il porte un costume d'un grand maître de musique. Arrivé à un âge assez avancé, et ayant d'autres personnes sous ses ordres, il est devenu un chef, et ceci jusqu'à sa mort, et je vois que la postérité lui rendra hommage et parlera de lui. Je vois qu'il meurt à un âge assez avancé, ayant pleine satisfaction de l'accomplissement de son idéal. »

Durée : 3 minutes.

PLANCHE II

Scène de campagne : au premier plan se trouve une jeune fille avec des livres à la main; à l'arrière-plan un homme travaille dans les champs et une femme plus âgée que la première le regarde. (Peinture murale de Léon Kroll, reproduite avec la permission du Département de la Justice des U.S.A.)

« Cette jeune fille pensive, cherchant à se créer un foyer, mais avec des sentiments très fins, très délicats, lutte contre une profession libérale, des études, pour arriver à avoir une situation élevée, et ce qui lui sourirait également c'est la vie des champs. Ce qui l'emporte par la suite, c'est qu'elle se marie selon ses goûts; après avoir suivi ses études, elle se décide pour une vie paisible, champêtre, et je vois qu'elle dirigerait les travaux, tout en n'y participant pas, avec autorité et fermeté, sans pour cela être trop sévère pour ceux qui dépendent d'elle. Elle ne regrettera pas la décision prise, car elle possède les qualités que, d'après elle, toute femme devrait posséder : la culture intellectuelle et la culture pratique de la maîtresse de maison. »

Durée : 3 minutes.

PLANCHE III

G.F. Une jeune femme se tient debout, tête baissée, le visage caché par sa main droite. Son bras gauche est étendu en avant contre une porte. (Dessin de Samuel Thal.)

« Cette personne se forgeait un idéal tout autre que celui qu'elle a rencontré, c'est-à-dire l'idéal moral; la vie ne l'a pas ménagée, et, malgré ses crises de désespoir, elle continue à avoir confiance dans l'avenir, mais en luttant désespérément. Si elle avait eu la force de caractère, que toute femme doit avoir, elle aurait pu réaliser un autre avenir. Personne manquant de fermeté, de caractère, se laissant facilement abattre; si elle avait aidé la Providence, elle aurait été heureuse. Je vois sa vie continuer de la même façon, faute de manque d'énergie. »

Durée : 4 minutes.

PLANCHE IV

Une femme saisit les épaules d'un homme, dont le visage et le corps sont tournés, comme s'il essayait de s'écarter d'elle. (Par G. G. Beall, illustration de *Collier*.)

« Je vois tout d'abord une jeune femme en train de se demander ce que pourra bien être son avenir, plutôt coquette, qui aurait aimé la vie facile, c'est-à-dire rencontrer quelqu'un qui lui aurait procuré une existence pouvant lui permettre de satisfaire tous ses caprices. Elle est bien anxieuse, et, malgré toutes ses appréhensions, elle se décide à contracter une union avec un être qui ne lui apporte que des déceptions. C'est un être faible, aux instincts plutôt bas, qu'elle cherche à rappeler à la raison, la jeune fille, ayant tout de même une bonne moralité, souffre de voir qu'elle ne peut le convaincre de participer à son idéal, qu'elle place au-dessus de tout, puisque c'est un idéal noble. Je vois que ces deux êtres ne finiront pas leurs jours ensemble, que lui finira dans une prison. Elle voudrait le ramener à la raison, lui faisant comprendre où ses bas instincts voudraient le pousser, mais s'aperçoit vraiment qu'il n'y a rien à faire. »

Durée : 4 minutes.

PLANCHE V

Une femme d'âge moyen se tient debout sur le seuil d'une porte entr'ouverte, regardant dans une chambre. (Dessin de Samuel Thal.)

« C'est, par suite de mauvais penchants, une personne soupçonneuse, sournoise, méfiante, défauts marqués sur son visage, pensant toujours que quelque chose d'anormal se passe autour d'elle; c'est une personne qui me paraît être malheureuse par sa faute, supposant que toute personne qui pénètre chez elle, est susceptible d'une mauvaise action, ou d'y être venue avec de mauvais desseins. Elle me fait l'effet d'être une personne manquant d'ordre et de savoir-vivre, personne née pour être malheureuse par sa faute. »

Durée : 3 minutes.

PLANCHE VI

G. F. Une jeune femme, assise sur le bord d'un sofa, est tournée pour considérer un homme plus âgé, ayant une pipe à la bouche, situé debout derrière elle et par côté, et qui paraît s'adresser à elle. (Illustration de H. Rubin, *Saturday Evening Post,* 1941.)

« Cette jeune fille, ayant suivi des cours de littérature de façon à devenir une femme complète, jeune fille élevée, rêve de contracter une union avec un homme répondant à son idéal. Malheureusement elle se marie avec un être qui avait beaucoup de façade, mais peu de fonds; ce personnage à double face a su la conquérir en cachant ses véritables défauts. Mais, une fois marié, il n'hésite pas à lui rendre la vie pénible, passant ses soirées au dehors, aimant le jeu, la vie facile, délaissant sa femme, rentrant souvent au petit jour avec un visage de noceur. Elle a peine à croire aux fugues de son mari, aussi passe-t-elle ses soirées à l'attendre, parfois même jusqu'au matin, mais elle est saisie d'effroi en remarquant le visage plutôt bestial de son mari. C'est une femme résignée qui, par suite d'une morale élevée, hésiterait à rompre définitivement avec cet homme, qui pourtant ne lui inspire que dégoût et terreur. »

Durée : 6 minutes.

PLANCHE VII

G. F. Une femme âgée est assise sur un sofa, à côté d'une jeune fille, lui parlant ou lui faisant la lecture. La jeune fille tient une poupée dans ses bras et regarde au loin.

« C'est une jeune fille qui, malgré les bons conseils de sa maman, a fauté. La mère, devant le petit être que la jeune fille tient dans ses bras, pardonne et l'encourage à s'occuper entièrement de son enfant, mais la jeune fille, aux instincts légers, est plutôt fatiguée de ces moments de morale, et dans l'avenir je la vois continuer telle qu'elle a débuté, pas de foyer, abandonnant l'enfant complètement à sa mère, auquel elle ne pense nullement pendant sa vie d'adulte. Je la vois fréquentant les dancings, les bars et finir misérablement. »

Durée : 3 minutes.

PLANCHE VIII

G. F. Une jeune femme est assise, le menton dans la main, regardant au loin. (*Lili,* par Taubes, Metropolitan Museum, New-York.)

« Cette jeune femme, avant de se marier, se faisait un tout autre idéal de la vie. Aussi a-t-elle été fort désillusionnée du jour où elle a été mariée. Elle se demande parfois si c'est la vraie vie, ne comportant que des luttes, des fatigues, des déceptions, ou bien si c'est le destin qui lui a fait rencontrer l'homme, ou celui avec qui elle est si malheureuse. Je la vois anxieuse, formant souvent des projets de fuite; autour d'elle deux petits êtres, deux enfants, et c'est ce qui la retient à son foyer, c'est ce qui lui fait continuer jusqu'au bout cette vie si pénible. Je la vois veuve, et son bon cœur la reporte souvent vers le cimetière où repose celui qui l'a tant déçue et que, cependant, elle pardonne. Une femme faite d'abnégation et de sacrifice.

« Je vois les deux enfants dans la planche, partie droite, au-dessus de l'épaule de la femme. A la partie gauche je vois le cimetière et les tombes. Je vois l'enfant qu'elle a perdu, très haut, à gauche, dans un détail de la tapisserie. Je les vois, oui, oui, presque comme deux jumeaux, mais ils ont peu de différence d'âge. »

Durée : 6 minutes.

PLANCHE IX

G. F. Une jeune femme, tenant à la main un journal (magazine) et un porte-monnaie, située derrière un arbre, regarde une autre jeune femme vêtue d'une robe de réception, qui court sur la plage. (Illustration de H. M. Meyers 1940, in *Collier.*)

« Je vois deux jeunes filles, l'une plus âgée que l'autre, l'une ayant tendance à mal faire, l'autre plus calme, plus pondérée. La première a un air plutôt satanique, on dirait presque une dégénérée, cherchant toujours à mal faire, n'écoutant les conseils de personne, n'en faisant qu'à sa tête. La deuxième a beau lui faire la morale, la ramener dans le droit chemin, elle n'en fait qu'à sa tête. Capable de faire le mal, elle est diabolique. Je lui vois une existence mouvementée par ses bas instincts. Elle s'adonne à la boisson et finit d'une façon misérable. La deuxième, de morale élevée, aura une

existence calme et heureuse, mais sera toujours tourmentée par ce qu'aura pu faire sa sœur (la première). Son bonheur serait complet si elle n'avait cette obsession de subir la honte que sa sœur pourrait lui occasionner, et je ne la vois pas mariée facilement, justement à cause de cette crainte. »

Durée : 5 minutes.

Planche X

Une tête de jeune femme contre une épaule d'homme. (Dessin de Samuel Thal.)

« Là je ne peux pas voir. On dirait que c'est père et fils. »

(Elle tourne, retourne la planche, et éprouve une réelle difficulté.)

« Un père qui n'a pas toujours été très bon pour son enfant, très despote (qui est décédé, je le vois mort), avec un fils, un enfant qui, malgré le caractère autoritaire et despote de ce père, vient rendre les devoirs à ce dernier à son lit de mort. L'enfant ne peut se passer de pardonner, considérant que si son père a agi de la sorte, c'était sans doute pour son bien, mais aussi indépendamment de sa volonté. Le père n'a pas été d'une nature très franche, car je vois qu'il porte en bas du visage, à partir de sous le nez, une sorte de masque qui dissimule ses traits. Dans l'au-delà je vois cet homme très tourmenté, son esprit se reprochant de n'avoir pas été père dans toute l'acception du mot. L'enfant que je vois donnant le pardon à son père promet mentalement de ne jamais suivre les traces ou les écarts de caractère de ce dernier, mais tout de même il aura à lutter, parce que, d'après moi, il possède un faciès d'homme portant quelques anomalies. D'abord ses cheveux, qui ne sont pas plantés de façon régulière, une bouche fuyante vers le bas, comme ça (elle fait le geste). Il a le faciès plutôt grossier, brute, il ne peut pas tenir les promesses faites à son père. D'ailleurs le père et le fils ont la même courbe de cheveux et le même nez, seulement le fils a plus d'emprise sur lui-même, parce que je ne le vois pas porter le masque du père. Le mort a une âme très tourmentée. »

Durée : 8 minutes.

Planche XI

Une route passant par-dessus un profond ravin, entre de hautes falaises. Sur la route, au loin on voit des formes obscures. Sortant du mur rocheux, d'un côté, se voient le long cou et la tête longue d'un dragon. (*Die Fels,* Schlucht Galerie, Munich, par Boecklig, Schack.)

(La malade tourne la planche, la retourne, cherche le sens de la planche, puis revient au sens normal.)

« On dirait que là c'est une vue qui serait prise dans la profondeur des eaux; je verrai comme des animaux qui vivent dans l'eau; là, il y a des roches, une sorte d'araignée de mer, un poisson qui a un museau plat, avec deux yeux qui ressortent et des plantes qui vivent dans l'eau. »

(Puis la malade tourne la planche et la met par côté de telle sorte que la tête du dragon est au niveau de la partie inférieure de la planche, celle-ci devenant un rectangle dont le côté le plus long est inférieur.)

« Au bord de cette mer je vois une famille, on dirait une famille bretonne, comme de ces personnes qui vont passer, par exemple, l'après-midi au bord de la mer et qui festoient. »

(Puis elle place la planche en sens inverse du sens précédent, c'est-à-dire que la grande dimension du rectangle est toujours inférieure (rectangle étalé dans le sens de la largeur), mais que le dragon est en haut maintenant, sa tête étant dirigée vers le bas.)

« Je vois un groupe d'hommes et de femmes, comme s'ils étaient en week-end, et l'un fait fonction d'orateur, prononce une allocution à laquelle plusieurs personnes sont très attentives; on dirait qu'il leur fait une conférence sur les produits de la mer, allocution très goûtée de la part des spectateurs, parce qu'il est traité de certains produits de la mer, que l'on trouve très rarement. Il leur explique qu'il a été trouvé des ossements, la structure d'un poisson (qui ressemble au serpent de mer, je pense, mais j'ai déjà vu cette tête), lequel possède un pied palmé comme les canards, un seul, parce que je vois de profil. Cette leçon de science, d'après moi, est faite par des docteurs compétents en la matière. »

Devant un tel comportement de la malade, et devant un tel récit, nous sommes en droit de demander des précisions à la malade, une fois son récit achevé. Nous le faisons aussi dans le but de lui rappeler que le TAT n'est pas un test de Rorscharch, ce dont elle paraissait bien pénétrée au début de l'épreuve. D'autre part nous signalons que le Rorscharch avait eu lieu trois jours plus tôt.

Nous demandons donc : « Où voyez-vous cette famille bretonne et ces savants ? »

Réponse. — « La famille est dans les cailloux, il y a deux mères, une jeune fille, un homme plus âgé, face à face avec l'une des deux bonnes femmes, qui sont à peu près du même âge. Deux jeunes filles, dont l'une plus âgée que l'autre, qui tire les cheveux de l'autre (la plus jeune, l'espiègle), et elles jouent à colin-maillard. Un homme de science a très chaud, sa veste est ouverte, avec le col officier, l'autre a un col comme ça, haut (elle fait le geste adapté). Il y en a un autre qui fait ça (elle tire son nez en partant de la racine). C'est très intéressant, mais je le savais d'avance. »

Durée : 12 minutes.

Planche XII

F. Le portrait d'une jeune femme. Une vieille sorcière, un châle sur la tête, grimace à l'arrière-plan. (Dessin de Christiana D. Morgan.)

« Oh ! là là ! (La malade fronce les sourcils.) Je vous assure que ça, c'est une jeune fille qui a de qui tenir, issue de parents ayant eu de vilaines maladies, syphilis, tuberculose, vilaines comme la syphilis, mais quelque chose de très laid. Mais c'est la petite-fille et la grand'mère que je vois. La petite-fille en a hérité malgré ses dehors — elle se fait un visage de circonstance, elle est fausse — et la grand'mère ne pouvait donner que ça. La jeune fille est méchante, mauvaise. Oui, c'est une fille qui n'a aucun idéal, si ce n'est de mal faire. Elle subit le pouvoir maléfique de l'aïeule, laquelle me paraît possédée du diable et est encline au vol, à la calomnie, à la fourberie, aux rapines, à tout. Cette grand'mère a tout du diable.

A l'insu de la jeune fille elle essaie de lui inculquer sa façon de penser, sa façon de procéder, tellement que la jeune fille se demande vraiment là où est le bien, là où est le mal. Elle cherche à dominer les mauvais penchants qu'elle possède depuis sa naissance, femme incapable de contracter une union, et dans sa vieillesse arrivera à posséder les mêmes défauts de la personne âgée ou de sa grand'mère. Je porte ce jugement d'après les traits physiques de cette personne, qui possède plutôt le côté maléfique que bénéfique. »

Durée : 6 minutes.

Planche XIII

M. F. Un jeune homme se tient debout, la tête baissée enfouie dans son bras. Derrière lui se trouve une jeune femme couchée dans un lit. (Dessin de Samuel Thal.)

« Oh ! ça, par exemple ! Cette jeune fille est née avec des instincts immoraux, ne connaît de la vie que la laideur. Cet homme qui l'a possédée dans un moment où il était pris de boisson, se rend compte au réveil de ce qu'il peut avoir possédé, et étant, sans trop l'être, de morale un peu plus élevée que la femme, a honte d'avoir joué ce rôle de triste personnage. Cette jeune fille, que je considère comme une prostituée, n'a que le châtiment qui pouvait lui être destiné, qui lui est infligé justement par cet homme qui, trop tard, s'aperçoit de l'acte qu'il a commis et en mesure les conséquences. C'est un homme, d'après moi, perdu, sa conscience lui reprochant malgré tout l'acte qu'il a commis. Ils ne valaient pas plus cher l'un que l'autre, mais enfin il a été poussé par cette femme qui, elle aussi, était devenue une femme misérable. »

Question. — « De quel châtiment s'agit-il ? »

Réponse. — « Il l'a tuée, ça a fini par un drame du vice et de l'alcool. »

Durée : 7 minutes.

Planche XIV

La silhouette d'un homme (ou d'une femme) contre une fenêtre éclairée. Le reste du tableau est entièrement noir. (Dessin de Christiana D. Morgan.)

« On dirait que ce jeune homme a tendance à devenir poète, très sentimental, aimant les clairs de lune, aimant rêver, aimant la solitude. Ce qu'il aimerait, c'est étreindre tout l'univers et chanter les louanges à Celui qui l'a créé. Je le vois suivre sa destinée en solitaire, ne se lassant pas de rendre grâce au Créateur de toutes ces choses, ce qui, pour lui, est le plus beau des cantiques. Il a reconnaissance envers le Créateur de tout ce qui est beau. Je ne le vois pas marié, je le vois finir sa vie comme ça, poète. Tout ce qu'il voit, il le voit tellement beau que ça dépasse son imagination. Je le vois assis sur le bord d'une fenêtre, la pièce obscure, les yeux tournés vers le ciel, toujours avide de capter ce qui, pour lui, est surnaturel. »

Durée : 6 minutes.

Planche XV

Un homme étique, les mains jointes, debout parmi les tombes. (Bois de Lynd Ward, dans *Madman's Drum,* New-York, 1938. Jonathan Cape and Harrison Smith.)

« Celui-là, je l'aime pas ! »

La malade regarde la planche de loin et dit : « Oh ! là là ! ça, c'est le diable ! »

Elle tape sur la table.

« Sous un autre costume, regardez s'il est laid ! Il a été abîmé, car il a dû faire une mauvaise action, il serre la croix du Christ avec les mains; tellement il est furieux, il a une veine qui éclate, et le sang coule. Il veut briser tout ce qui est sacré, tout ce qui est sain, c'est un misérable. »

La malade devient encore plus animée et prend un ton de colère.

« Plus je le regarde, plus je le vois. Il a un masque, comme des œillères, juste le bas des yeux, là. Il est tellement mauvais et fourbe qu'il cache son crâne sous une perruque, alors il a ça brun et, ici, ça blanc de chaque côté. »

La malade fait des gestes. Puis elle tourne la planche de haut en bas et parle.

« Il a beau vouloir briser cette croix, il n'y arrive pas. Il cherche tous les moyens qui lui sont bons pour renverser, détruire tout ce qu'a fait ou fait le bon Dieu, mais le pouvoir maléfique qu'il croit pouvoir posséder n'aura jamais de prise sur le Créateur, qui est bénéfique. Il n'aura jamais gain de cause, fait des ravages, des désordres, mais sans les résultats qu'il escompte. Quoique se croyant très fort, il est toujours tourmenté et à la recherche de vilaines choses qu'il n'arrive jamais à exécuter. Les troubles, il les sème, mais il ne réussit pas, de là sa rage et son étonnement, car il se demande comment il n'a pas plus de réussite, empruntant toujours une tenue nouvelle sous des dehors changeants. »

Durée : 10 minutes.

Planche XVI

Blanche.

La malade est interloquée; elle tourne la carte, est visiblement préoccupée, puis cherche, comme si elle devait apercevoir quelque chose. Enfin elle revient à l'endroit (partie blanche sans numéro).

« Il y a des choses qui cherchent à se former. Je commence à voir comme une sorte de maison haute, très lointaine, avec une allée, comme si c'était une maison isolée, une route blanche qui conduit à cette petite maison. Je ne vois aucun personnage, un endroit très solitaire. Au fond, dans un rond, une croix, sans inscription, sans tombe. Il y a des choses qui veulent se préciser, et puis c'est comme informe. Par exemple, on dirait un papillon, très haut, avec couleurs variées. A gauche, quelque chose comme si c'était le Mont-Saint-Michel; sur une hauteur deux petites flèches sur un promontoire. »

Durée : 10 minutes.

PLANCHE XVII

G. F. Un pont au-dessus de l'eau. Une forme de femme se penche par-dessus le parapet. Dans l'arrière-plan on voit de hautes maisons et de petites formes d'hommes. (Bois de Lynd Ward, in *Madman's Drum.*)

La malade prend une attitude de curiosité et dit :

« C'est une femme, ça, qui à la nuit se fait la complice de contrebandiers pour le trafic de contrebande. Je vois qu'il a été bâti une maison flottante entourée d'un mur d'une certaine hauteur. A ce mur est amarré un bateau grossier, duquel les contrebandiers déchargent des caisses de produits prohibés. Sous la surveillance d'un type du milieu (un dur de dur, un vrai de vrai). La jeune femme est heureuse d'être complice; elle ne se rend pas compte du vilain métier qu'exercent ces hommes. Elle les aide en faisant le guet, car cela se passe la nuit. Ils profitent d'une éclipse de lune. Je vois ces hommes et cette femme continuer ce métier pendant toute leur vie. Ça ne finira pas bien. Le dénouement est encore lointain. Ils seront pris, et c'est la prison. Ils ne pourront pas s'en sortir, parce que ce sont des pirates, et qu'ils ne pourront pas soudoyer la police par des offres d'argent. »

Durée : 10 minutes.

PLANCHE XVIII

G. F. Une femme a les mains serrées autour de la gorge d'une autre femme, et paraît la pousser en arrière à travers la balustrade de l'escalier. (Dessin de Samuel Thal.)

« Je vois la mère et la fille, la jeune fille, adolescente, à qui la mère n'hésite pas à faire comprendre les laideurs de la vie et les luttes qu'elle comporte. Quoique très maternelle, la mère, mentalement, regrette d'avoir un enfant craignant qu'il n'ait sa même vie à elle. Cette femme a été tellement malheureuse qu'elle s'est mise à boire. C'est devenu une femme dépravée; elle boit parfois, elle est si hébétée par la boisson qu'il lui semble qu'elle n'hésiterait pas à détruire cette enfant. Elle est dans son inconscient capable de faire un geste fatal, sa volonté étant tout à fait annihilée par l'alcool; c'est quand son cerveau est obscurci qu'elle accomplit l'anéantissement de ce qui lui fut si cher. C'est dans un paroxysme de folie, occasionné par l'alcool, qu'elle cherche à étrangler son enfant. Elle est capable d'un drame et de se faire susceptible de finir ses jours en prison. Elle l'étrangle; elle est dans une sorte de torpeur. »

Durée : 7 minutes.

PLANCHE XIX

Une peinture trouble de nuages suspendus au-dessus d'une cabine couverte de neige dans la campagne. (*Le Vent de nuit,* par Burchfield.)

La malade tourne, retourne la planche, la met de bas en haut.

« On dirait des fantômes comme émergeant d'au-dessus d'un talus. Je vois un visage fantomatique... Ici, dans l'autre sens, comme encapuchonnés, comme des esquimaux... Je vois le visage d'un être qui n'a rien de normal, ayant l'air sculpté, une très grande bouche,

la lèvre inférieure très ourlée, très épaisse. Au-dessus de cette tête, je vois... on dirait une voie lactée dans le ciel. A droite je vois un groupe de maisons dans l'obscurité, comme si c'était la nuit et que tout le monde dormirait. Là on dirait une poule avec presque pas de queue. Je vois le coq, les pattes et la tête d'un être humain, avec une casquette comme en portent les Russes, la visière et deux petits liens. On dirait un soldat de Napoléon, un vieux grognard; il a l'air fier : « C'est moi qui ai gagné la victoire ! » Les sourcils comme ça, là, arqués, latéraux, loin du nez. Ici on dirait la tête d'un musulman avec la chéchia; un petit bouc très blanc et une petite moustache brune, une cicatrice, comme faite par eux (tatouage), et au-dessus de l'œil droit il a un tatouage clair. Je ne lui vois que la tête. »

Question. — « Mais vous ne racontez plus d'histoire ? »

Réponse. — « Il s'agit d'une trilogie. Le grognard dit : « Qu'on « y vienne ! » Le musulman est pacifique et l'esquimau ne s'en fait pas et vit au jour le jour. »

Durée : 10 minutes.

Planche XX

Une forme d'homme (ou de femme) éclairée dans la nuit, contre un lampadaire.

« L'air de quelqu'un qui est abandonné, tout à fait seul, ne sachant que penser de son sort. (La malade présente alors un attendrissement réel.) Courageuse, mais tellement accablée qu'elle ne sait plus que penser. Elle se prend à errer sans souci du but qu'elle poursuit. Elle aime à s'évader, à se promener, la nuit tombante, sous les futaies, fuyant la société. Elle manque d'énergie et de confiance, se demandant : « A quoi bon une réaction ? ». C'est une personne encline à la tristesse, désirant parfois quitter ce monde pour aller dans un monde meilleur; elle est tellement prise par ses pensées qu'elle ne s'aperçoit pas de la beauté que la nature lui apporte dans ses promenades solitaires. C'est une personne qui, avec de l'énergie et une confiance en Celui qui dirige les destinées, aurait pu surmonter les difficultés et les vicissitudes de la vie. Sans réaction, elle s'en va peu à peu, par sa faute. Je ne vois pas de suite dans sa vie. »

Durée : 7 minutes.

Dépouillement du T.A.T.

Pour accomplir le dépouillement de ce test, nous avons suivi le protocole établi par le Docteur Jacques Faure, pour les recherches qu'il fait, à ce sujet, au Laboratoire de Neurobiologie de l'Hôpital Saint-André de Bordeaux, Section de la Recherche médicale de l'Institut National d'Hygiène. Le Docteur Jacques Faure s'est directement inspiré de la technique de Murray.

I. — Inhibitions — perturbations

Les éléments qui révèlent les inhibitions de notre malade en présence des cartes sont nombreux. Devant certains tableaux,

Mme S..., fut incapable de fournir une histoire ; elle ne fit que dire ce qu'elle voyait dans le dessin (pl[s] 5, 9 GF, 12 F, 14, 19, 20). Sa mimique, ses gestes et ses exclamations traduisirent son trouble (pl[s] 12 F, 13 MF, 15, 17 GF). Elle négligea dans son récit des personnages ou des éléments du paysage (pl[s] 2, 4, 9 GF). Elle ajouta des personnages (pl[s] 8 GF, 11). Elle fit des erreurs de perception, émit des jugements esthétiques et son récit fut parfois incohérent (pl[s] 10, 11). Son inhibition fut génératrice de thèmes conflictuels (pl[s] 3 GF, 6 GF : mari créateur du conflit). Dans la carte 16, tableau blanc, elle ne mit aucun être humain, mais y vit une maison (refuge ?) et papillon multicolore (être inoffensif, faible et beau).

Enfin, nous pensons qu'il serait bon de noter la constance avec laquelle Mme S... dit « je vois », lorsqu'elle imagine des scènes qui ne sont pas dessinées. La malade met parfois au présent ce qu'elle décrit dans le passé et dans l'avenir pour les tableaux ou pour les personnages qui l'émeuvent le plus (pl. 9 GF). Le comportement de Mme S... pendant l'épreuve, nous a paru tout à fait différent du comportement habituel des sujets soumis au test.

II. — THÈMES DOMINANTS DES HISTOIRES

Les thèmes dominants des histoires ou des descriptions sont des thèmes tristes, qui, en général, finissent mal : femmes ou filles déçues par la vie, à cause de leur manque de fermeté, de confiance et de courage (pl[s] 3 GF, 5, 7 GF, 9 GF, 20) ou à cause de leur perversité (pl[s] 9 GF, 12 F). Le mariage est le plus souvent un échec (pl[s] 4, 6 GF, 8 GF). Les drames de la prostitution, du vice et de la pauvreté, toujours associés à l'alcool (pl[s] 13 MF, 17 GF, 18 GF), sont plus fréquents que les bons mariages (pl. 2).

III. — LES HÉROS.

Les héroïnes sont des femmes déçues, isolées, anxieuses et tourmentées. Elles sont en lutte avec l'Homme. Elles ont un idéal conforme à la morale. Lorsqu'elle peut observer les principes du bien, la femme est récompensée par une vie heureuse (pl. 2). Les héros sont souvent des maris félons, mais ils ont parfois des remords. Il y a aussi l'homme fier, qui défie, l'homme calme et pacifique et l'homme insouciant (pl. 19). Le célibataire a le beau rôle (pl[s] 1, 14). Enfin, parmi ces héros, il y a le démon (pl. 15), incarnation de l'esprit du mal, qui est vaincu par Dieu. Toutefois, avec le démon, il serait peut-être juste de placer les héroïnes du second plan : les perverses (pl[s] 7 GF, 9 GF et 12 F).

IV. — LE MONDE EXTÉRIEUR ET L'ENVIRONNEMENT.

Les héros se promènent en quelque sorte dans un curieux univers où la notion d'espace paraît être assez inexistante. Au

sujet des tableaux riches en détails naturels (pl[s] 2, 11), ou bien la malade ne voit pas ces détails, ou bien elle les transforme en personnages (pl. 11). Dans la pl. 20, elle nous dit que l'héroïne abandonnée, broyée par l'adversité se prend à errer sans s'apercevoir de la beauté de la nature au cours de ses promenades solitaires. Notre malade s'identifie sans doute avec cette héroïne. Quand la malade nous parle de paysage naturel comme pour la pl. 16, blanche, c'est un paysage peu coloré; prise de panique, elle fait remarquer qu'il n'y a aucun personnage, et elle y place bientôt un beau papillon aux couleurs variées.

Cette nature n'est pas hostile à l'homme d'une façon particulière; au contraire, elle est belle, belle comme une abstraction, pourrions-nous ajouter.

En vérité, notre malade paraît surtout vivre en elle-même; *elle est peu en contact avec le monde réel;* l'univers est son propre univers, surtout intérieur à elle.

Dans ces conditions, de quoi est fait le milieu où vit la malade ? Ce milieu est bien spécial. Il est fait surtout de *forces bénéfiques et maléfiques;* le Créateur et Satan y jouent un grand rôle; les êtres humains ne sont là que pour permettre aux forces bénéfiques et maléfiques de s'exprimer à travers eux. *Il y a un vrai dualisme Bien-Mal en action dans l'univers* de notre malade.

V. — LES RELATIONS HUMAINES, LA FAMILLE, LA SOCIÉTÉ.

Comment notre malade conçoit-elle les relations humaines ?

D'abord il y a *la femme*, qui est rarement heureuse, sinon presque toujours *victime*. C'est une victime résignée, qui pardonne. C'est aussi une solitaire, brisée par l'adversité. Mais cette adversité — qui paraît assez abstraite dans l'esprit de notre malade — n'est tellement puissante que parce que la femme manque de certaines qualités, en particulier de courage, d'énergie et de fermeté. La femme peut aussi présenter des défauts congénitaux qui la rendent malheureuse, telle la paranoïaque de la pl. 5. Quoi qu'il en soit, les qualités précédentes permettent à la femme qui les possède de triompher et de mener une vie harmonieuse (pl. 2). Mais cela arrive fort peu (cf. sentiment de culpabilité de l'être humain, notion de péché originel). Plus souvent la femme est malheureuse, digne et résignée, ou bien elle s'enfonce dans la chute elle-même (pl. 20). Dans ce cas, elle est vite châtiée (pl. 13 M. F. ou 18 G. F.).

Il y a en face de la femme, *l'homme*, qui est *l'ennemi-né*, presque toujours transformé en *mari*. C'est surtout ce dernier qui a les pires défauts. On peut dire que l'homme n'est vu, par la malade, qu'à travers le mari, égoïste, cynique, despote, autoritaire, faux, dépravé. Quand il ne se marie pas, l'homme est soit un enfant doué, qui réussit et passe à la postérité (pl. 1), soit un poète-prêtre, qui chante un cantique éternel à la gloire du

Créateur (pl. 14), soit un être repentant, qui a commis une faute dans un moment d'oubli (pl. 13 MF).

La Famille est vue par la malade sous l'angle du Mari avant tout. Le *Père* est identifié au mari. Il est despote, autoritaire et fourbe, et le *Fils* tient du Père en définitive (pl. 10). La *Mère* a le beau rôle, victime comme la femme en général, elle est résignée, pardonne au mari et à la fille déchue, et perd ses jeunes enfants; malheureuse, elle boit, et après avoir essayé d'éduquer correctement sa fille, elle la tue en état d'ivresse. La *Sœur cadette* est une mauvaise créature (pl. 9 GF), et l'*Aînée* une sacrifiée. La *Grand'Mère* est une mauvaise conseillère, diabolique.

Avec une telle famille, que peut être *la Société ?* La Société est respectée, la loi demeure maîtresse. Les êtres sont châtiés, comme il se doit (pl. 4, 6 GF, 7 GF, 9 GF, 12 F, 13 MF, 17 GF, 18 GF). D'ailleurs les conceptions morales de Mme S... sont fort imprégnées de la notion de *culpabilité* et de *châtiment*. Mais si on fait l'effort nécessaire on est récompensé (pl. 1 et 2).

Enfin il est un *vice social* sur lequel la malade insiste, c'est l'alcoolisme, la « boisson », et ses héros hommes et femmes s'y adonnent et sont punis (pl. 9 GF, 13 MF, 18 GF). La prostitution n'a pas été oubliée.

VI. — IDENTIFICATION DE LA MALADE AVEC UN HÉROS.

Il semble bien que cette femme malade, âgée de 50 ans, d'allure frêle, et encore jeune, veuve, à qui la solitude paraît peser, puisqu'elle va se remarier, se retrouve dans la solitaire, *qui ne sait pas prendre contact avec le monde extérieur*, qui a des qualités, mais qui manque d'énergie (pl. 20, l'une des rares histoires à laquelle elle n'ait pas donné de fin). On pourrait secondairement penser que cette malade, méfiante, qui n'est venue chez nous qu'avec beaucoup de réticence, et qui ne nous a presque rien dit de sa vie antérieure (sinon que son mari alcoolique la terrorisait autrefois et qu'elle ne s'entend pas avec sa sœur), s'identifierait peut-être aussi avec la solitaire paranoïaque de la planche 5. Ce n'est d'ailleurs là qu'une supposition.

VII. — ÉTAT AFFECTIF DE LA MALADE; SES CONFLITS ET SES COMPLEXES.

Une chose paraît être importante : la malade *a été troublée* par la planche 10 (tête de jeune femme contre l'épaule d'un homme). Elle y a vu deux têtes d'homme, le père et le fils, et a attribué le mauvais rôle au père. Il est possible que dans son enfance la malade ait été *déçue par son père*. On peut supposer qu'en l'occurrence elle s'identifie au fils, *ayant désiré prendre la place de l'homme dans la vie*. Il y aurait donc eu chez elle le désir refoulé de vouloir être l'homme triomphant, et un refus, non moins secret, d'accepter le rôle de victime de la femme. On retrouverait donc là le complexe féminin de castration. Nous savons que dans ces cas la vie conjugale est difficile. Cela serait

peut-être à l'origine de sa mésentente avec son mari. D'autre part, elle nous a confié qu'elle dominait nettement son fiancé actuel, et nous en avons eu la preuve éclatante; nous avons pu aussi constater qu'elle l'avait choisi nettement inférieur à elle, comme cela s'observe dans le complexe féminin de castration (Sandor Lorand). Enfin ce dernier complexe peut donner lieu à certaines déviations de l'acte sexuel, et il ne serait pas impossible que ces dernières, si elles existent ici, se soient associées à d'autres facteurs pour entretenir un sentiment de culpabilité.

Tout nous porte à croire que la malade se sent isolée, faible, sans énergie ni fermeté, qu'elle se sent malheureuse par sa faute, à cause de ses défauts, et qu'elle surajoute à un *sentiment d'infériorité* un *sentiment de culpabilité.*

Le *ça* est fait des tendances mauvaises indiquées par la malade chez les héros de ses récits. Nous relevons donc de puissantes tendances sexuelles, un désir de jouissance et aussi des tendances agressives.

Le *surmoi,* fait de conceptions morales classiques rigides, applique une censure permanente.

Le *moi* est troublé par les conflits qui éclatent entre les tendances du *ça* et la censure élevée par le surmoi. Il en résulte *une forte anxiété,* un sentiment de culpabilité, et parfois une agressivité tournée contre soi-même par un mécanisme d'autopunition. Le moi se protègerait de cette anxiété en substituant aux conflits les croyances mystiques étalées dans les récits et en créant ce monde peuplé de puissances bénéfiques et maléfiques. Mais ce mécanisme de substitution éloigne de la réalité et augmente en retour le facteur anxieux.

Néanmoins ce facteur anxieux trouverait un moyen de dérivation dans l'*idéal du moi.* Ce dernier, conforme à la morale, sans cesse envisagée comme un but qui sera bientôt atteint, atténue les impératifs du surmoi, éloigne du *ça,* calme ainsi les conflits et, en définitive, l'anxiété.

CONCLUSIONS

Mme S... présente une anxiété marquée, qui repose sur des sentiments de frustation sexuelle, de culpabilité et d'autopunition, avec une difficulté de garder le contact avec le réel.

CONSIDÉRATIONS GENERALES SUR L'UTILITÉ ET L'INTERÊT DU TEST DE RORSCHARCH ET DU T.A.T. DANS LE DIAGNOSTIC DU CAS ACTUEL

Ainsi le T.A.T. confirme les conclusions déjà énoncées par le Rorscharch.

Or il est un fait qu'il faut bien mettre en valeur : *il n'était pas possible* d'aboutir aux conclusions précédentes par les moyens

psychiatriques habituels, à ce moment de la maladie de Mme S... Cette dernière vit seule, a des amis, son état pulmonaire est bon. Elle est remise des ennuis de santé survenus il y a quelques mois. *Seul le recours aux tests mentaux* (Rorschach et T.A.T.) *a permis de mettre en valeur la persistance d'un élément confuso-onirique anxieux, plusieurs mois après une amélioration*, considérée par la famille et par la malade comme une guérison. Nous verrons que l'Electroencéphalographie, pratiquée au même moment que les tests, permet de parler d'anxiété, avec légère encéphalite, cette dernière localisée au *diencéphale* (diencéphalite...).

Il est donc très intéressant de voir que plusieurs mois après une poussée de psycho-encéphalite, une malade, apparemment indemne de séquelles psychiques, présente des éléments confuso-oniriques et anxieux, que seuls le test de Rorschach et le T.A.T. sont capables de révéler.

CHAPITRE V

ELECTROENCEPHALOGRAMME (E. E. G.)

(Docteur Jacques Faure, 16 novembre 1948.)

(4 dérivations simultanées + dérivation basale.)

E.E.G. fonctionnement anormal.

Le rythme *fondamental* était de *mauvaise qualité*, caractérisé par une *basse amplitude* (10 à 30 microvolts) et un taux anormal d'ondes lentes irrégulières de 1 à 3 par seconde, de basse amplitude (20 à 40 microvolts), présentes même dans les dérivations bipolaires pariéto-occipitales (fig. 1, 2, 3 et 4).

Le rythme alpha, qui n'apparaissait qu'en courts trains d'ondes, était irrégulier en fréquence et en amplitude (fig. 1 et 2). On trouvait par exemple dans le même train d'ondes alpha une onde de fréquence de 8 par seconde, suivie d'une onde de fréquence de 13 par seconde, et une onde d'une amplitude de 10 microvolts suivie d'une onde de 90 microvolts. La fréquence moyenne du rythme alpha était de 9 par seconde. Ce rythme alpha doit être classé dans la catégorie « pauvre ». Le phénomène, appelé « fused alpha » par Herbert Jasper, de Montréal (Canada), a été retrouvé deux fois en dérivation pariéto-occipitale.

En outre, les dérivations antérieures fronto-rolandiques présentaient des ondes lentes, irrégulières, désorganisées, de 4 à 5 par seconde, et un rythme bêta de 15 à 18 par seconde, bien souvent surimposé aux ondes lentes (fig. 5). Parfois une courte bouffée d'ondes alpha apparaissait dans ces dérivations (fig. 5).

L'ouverture des yeux n'a pas modifié un tracé déjà plat, et la fermeture des yeux n'a pas fait apparaître d'ondes alpha, même pour un temps très court.

L'hyperpnée a simplement entraîné une diminution des ondes lentes et une augmentation des ondes alpha; elle a donc légèrement amélioré le tracé et a augmenté son amplitude (fig. 6).

Dérivation basale (D.B.). — Une électrode basale, capable de capter les potentiels électriques nés au niveau des formations de la base du cerveau, en particulier dans les structures mésodi-

LÉGENDE GÉNÉRALE

Abréviations employées dans les tracés :

a) Les nombres impairs sont employés pour les régions gauches de la tête. (Ex. : F_3, front gauche; O_1, occipital gauche.)

b) Les nombres pairs sont employés pour les régions droites de la tête. (Ex. : F_4, front droit; O_2, occipital droit.)

c) F = front (correspond à l'aire 8).

C = circonvolution centrale ou rolandique, aire 4, partie moyenne.

P = région pariétale (aire 7).

O = région occipitale (aire 18-19).

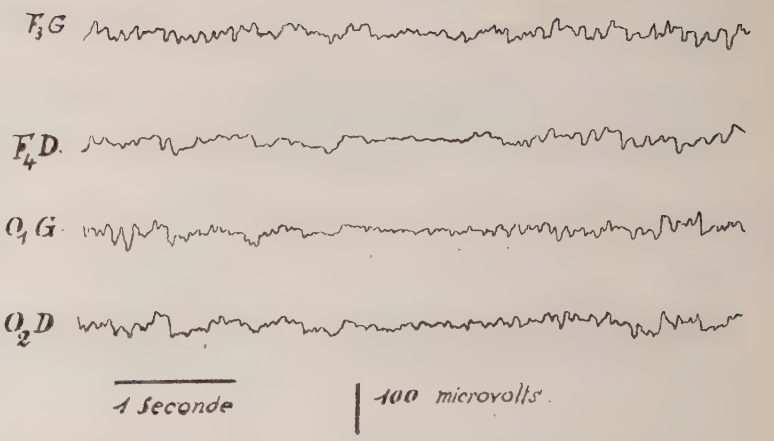
T = région temporale (aire 21).

B = base du cerveau, au-dessous du sphénoïde.

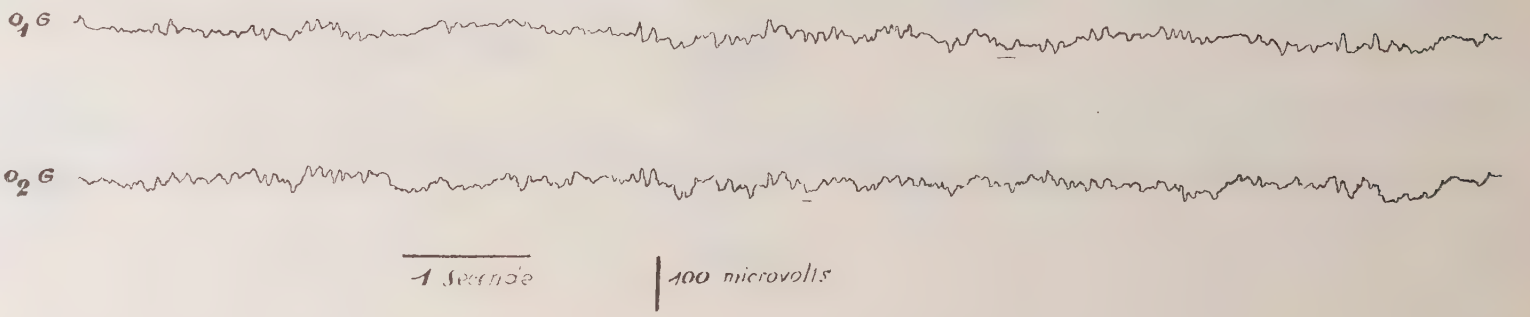
D = mastoïde droite.

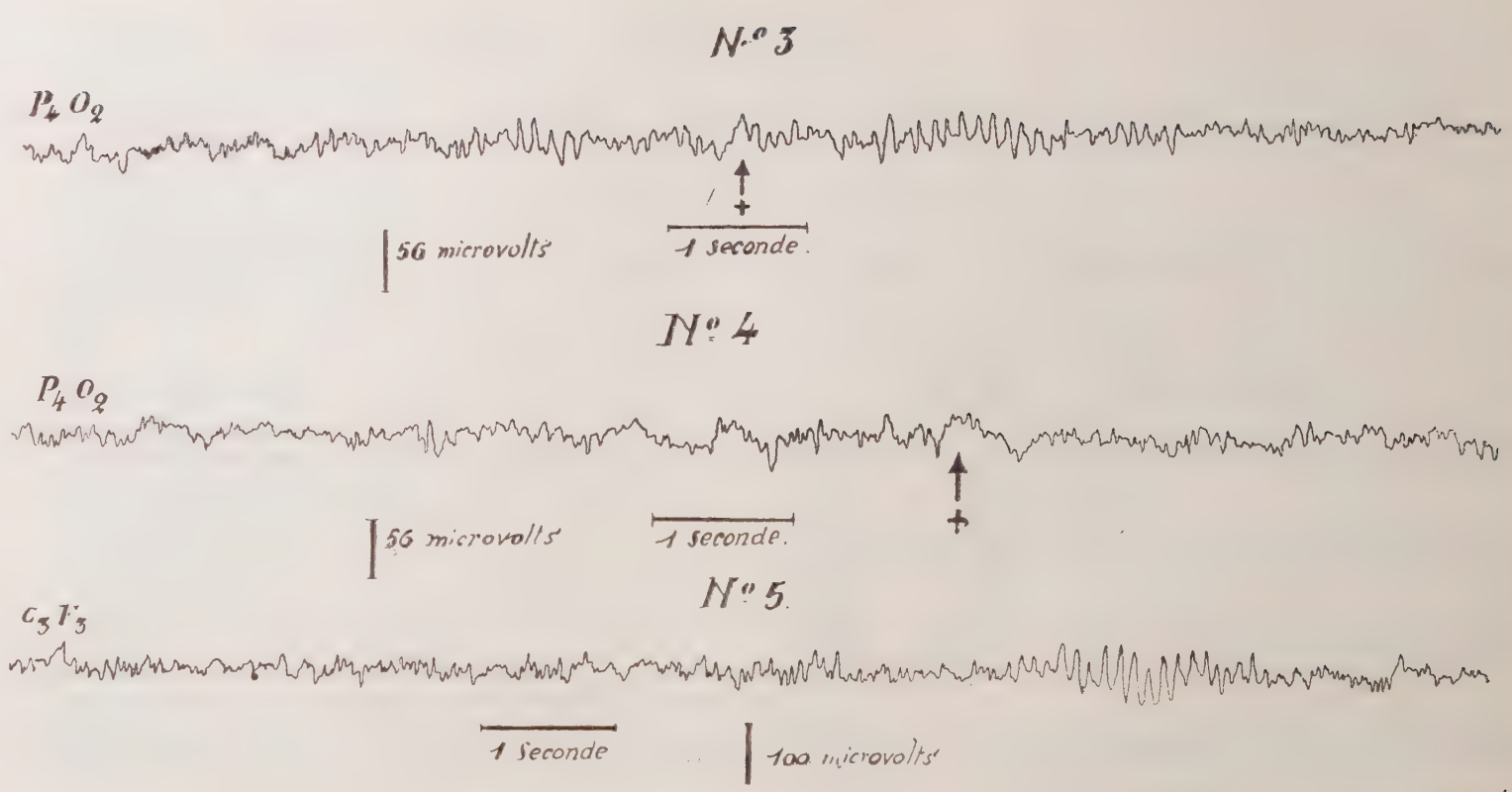
G = mastoïde gauche.

N° 1

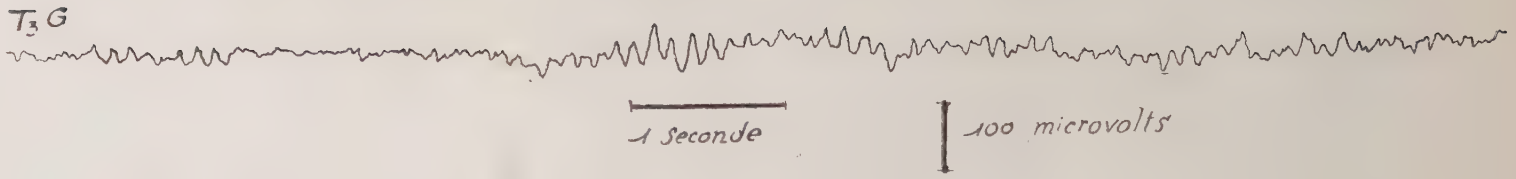


N° 2

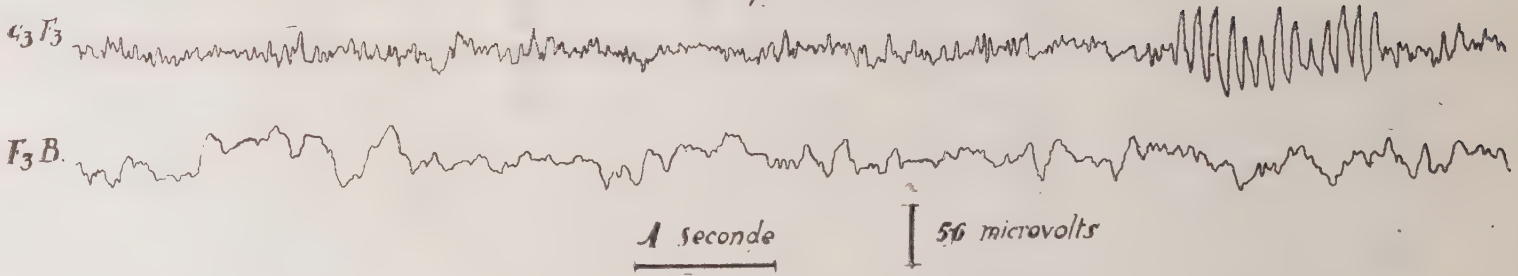



N.° 3
$P_4 O_2$
56 microvolts
1 seconde.
N.° 4
$P_4 O_2$
56 microvolts
1 seconde.
N.° 5.
$C_3 T_3$
1 Seconde
100 microvolts

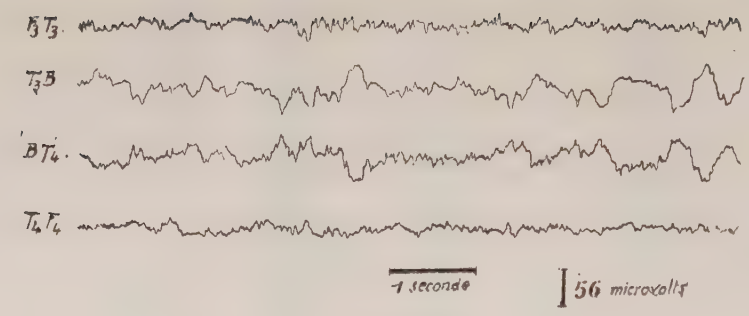
N° 6.


T_3 G
1 Seconde
100 microvolts

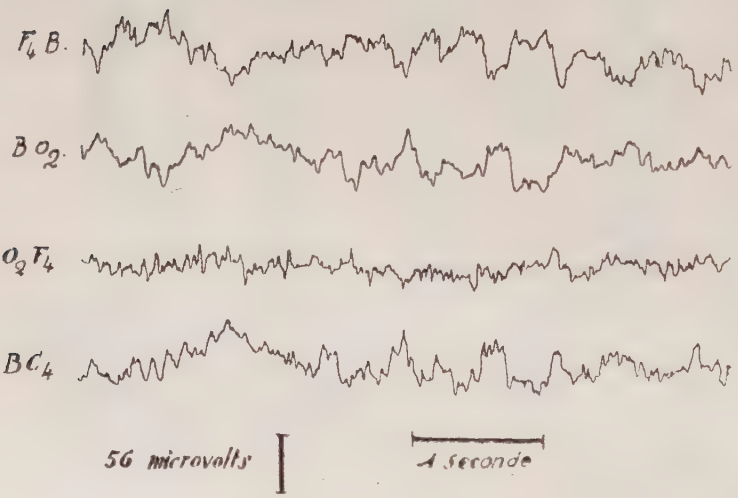
N° 7.


c_3 T_3
F_3 B.
1 Seconde
56 microvolts

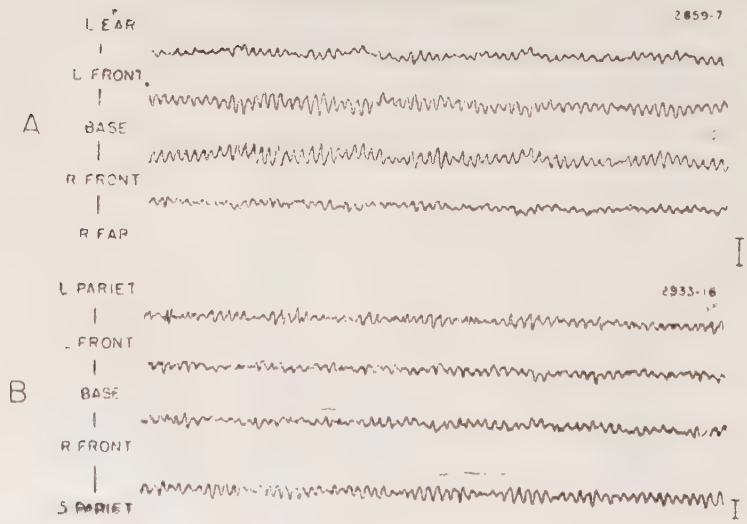
N° 8



N° 9



N° 10 TRACÉ NORMAL



encéphaliques, a été placée dans le rhinopharynx postérieur au-dessous du sphénoïde, contre la base du crâne, en arrière du sinus osseux sphénoïdal.

Le tracé obtenu, « *tracé basal* », correspond à l'activité électrique de la base du cerveau, avait un *aspect désorganisé*, caractérisé par des *ondes lentes, irrégulières*, d'une fréquence de 1 à 2 par seconde et de 3 à 5 par seconde, et d'une amplitude de 30 à 60 microvolts. (Il était donc différent d'un tracé basal normal, fait d'un rythme alpha d'environ 9 par seconde, interrompu ou non de rares composantes lentes de 5 à 7 par seconde) (fig. 7, 8 et 9).

L'étude des relations de phase entre les tracés « corticaux », correspondant aux diverses régions du cortex, et les tracés « basaux », correspondant aux diverses structures de la base du cerveau, tracés obtenus respectivement par les différentes dérivations du cuir chevelu et par les dérivations basales (électrode du cuir chevelu à l'électrode basale, et électrode basale à électrode symétrique et opposée du cuir chevelu) permettrait de *localiser* le point de départ de l'altération électrique au niveau du *diencéphale* (fig. 9 en particulier).

Conclusion. — L'E.E.G. était perturbé. Les anomalies électriques, diffuses dans les dérivations du cuir chevelu, prédominaient en *dérivation basale*. On doit retenir le caractère « fused alpha » de H. Jasper.

Parmi ces anomalies, tant corticales que basales, la plupart ont les caractères des altérations rencontrées dans l'E.E.G. des *névropathes anxieux*, et certaines ont été trouvées au cours d'*encéphalite* de légère intensité.

Quoi qu'il en soit, le point de départ du trouble se trouve au niveau de la base du cerveau, et probablement au niveau du *diencéphale*.

COMMENTAIRES

Trois ordres de considérations méritent d'être rappelées avant tout commentaire.

1° Jacques Faure, Herbert Jasper et Lewis Henderson (Congrès de Niort, aliénistes et neurologistes de langue française, 45e session, 24 juillet 1947, in Comptes Rendus 1947, Masson, édit.) ont montré qu'il était possible, grâce à une électrode nasale placée dans le rhinopharynx postérieur, de connaître l'activité électrique des différentes formations de la base du cerveau, en particulier du mésodiencéphale. Le tracé « basal » ainsi obtenu est *semblable* au tracé « cortical » ordinaire normal chez un sujet normal.

2° Dans ses études sur l'électroencéphalographie des états d'anxiété, de l'émotivité et des névroses, présentées successivement à la 45e session du Congrès des aliénistes et neurologistes de

langue française (Niort, 24 juillet 1947), à la première réunion de la Société d'Electroencéphalographie de langue française et des Sciences connexes (Paris, 5 mars 1948), à la seconde réunion de la même Société (Paris, 8 octobre 1948), et à la réunion annuelle de la Société d'oto-neuro-oculistique de Bordeaux et du Sud-Ouest (Bordeaux, 7 novembre 1948), Jacques Faure a montré ce qui suit :

Il existe cinq modifications du tracé « cortical » de l'E.E.G. des anxieux :

1° Un tracé caractérisé par un très beau rythme alpha (« trop bel alpha »), bien régulier, à trains d'ondes ininterrompus;

2° Un tracé caractérisé par un rythme alpha irrégulier en fréquence et en amplitude, de fréquence moyenne, plutôt rapide, et apparaissant le plus souvent en courts trains d'ondes;

3° Un tracé caractérisé par l'absence du rythme alpha, « tracé plat »;

4° Un tracé où le rythme alpha est remplacé par un rythme rapide, rythme bêta, de 14 à 20 par seconde;

5° Un tracé où le rythme alpha est remplacé par un rythme lent (de 1 à 3 par seconde ou delta, et de 4 à 7 par seconde ou thêta).

D'autre part, il y a deux types de tracé « basal » anormal chez ces malades. Le type 1 est caractérisé par un aspect désorganisé, avec des ondes lentes irrégulières de 1 à 3 par seconde; le type 2 a un aspect plus régulier, parfois rythmique, et des ondes lentes de 4 à 7 par seconde.

En outre l'E.E.G. de ces sujets peut réagir d'une manière spéciale à l'ouverture et à la fermeture des yeux. On peut rencontrer une absence de modification du tracé à l'ouverture et à la fermeture des yeux (ce qui correspondrait à une altération pathologique plus marquée, confirmée par la clinique et l'étude des tests mentaux), ou bien des ondes alpha peuvent apparaître dès la fermeture des yeux (après le blocage entraîné par l'ouverture qui a précédé), bien vite remplacées par le rythme anormal antérieur à l'épreuve.

Enfin, en se fondant sur des notions électro et neurophysiologiques, et en tenant compte des résultats livrés par les tests mentaux pratiqués chez ces malades, Jacques Faure pense que ces diverses anomalies, tant corticales que basales, seraient dues à *une perturbation des mécanismes régulateurs du rythme alpha* (c'est-à-dire du rythme considéré par tous comme le rythme physiologique par excellence) et, sans doute, à *un trouble des centres diencéphaliques régulateurs de ce rythme* (So. d'E.E.G. de langue française (Paris, 8 octobre 1948) et So. d'oto-neuro-oculistique (Bordeaux, 7 novembre 1948).

3° Herbert Jasper, de Montréal, vient de décrire le « fused

alpha ». Son élève, Jacques Faure, de Bordeaux, ex-fellow du Montreal Neurological Institute (Mc Gill University), a assisté à la découverte de ce caractère et à l'élaboration de son explication. Il a bien voulu nous le décrire et nous l'expliquer. Le « fused alpha » consiste en la fusion en une onde lente d'ondes alpha d'abord à peine ébauchées, puis de plus en plus apparentes, et enfin continuées par des ondes alpha ordinaires. H. Jasper l'a observé dans l'E.E.G. des poliomyélitiques à la phase aiguë, lorsque la poliomyélite s'accompagne d'une atteinte encéphalitique légère. Le « fused alpha » ne serait pas un signe spécifique de l'encéphalite de la poliomyélite aiguë, il serait le témoin d'un trouble dans la régulation du rythme alpha, qui est assurée par le diencéphale, diencéphale qui est alors irrité par le léger processus encéphalitique. On pourrait donc le rencontrer dans certains états où la régulation diencéphalique du rythme alpha est perturbée. En fait J. Faure l'a rencontré deux fois sur quarante cas d'anxiété, et une fois lors d'une atteinte diencéphalo-végétative (trois jours après une commotion cérébrale).

Néanmoins il semble bien que ce signe — qui n'est d'ailleurs pas le seul à évoquer dans un E.E.G. un trouble dans la régulation du rythme alpha — soit surtout présent dans le cas de légère encéphalite de la poliomyélite aiguë (26 fois sur 37 malades).

Ce signe a été expliqué dans *Electroencephalographic studies in poliomyelitis*, par Alton Goldblomm, Herbert Jasper et Helen Friedman Brickman (in the *Journal of the American Medical Association*, vol. 136, n° 8, 19 juin 1948, pp. 690-696). Dans cette étude les auteurs précédents écrivent : « Il (le « fused alpha ») ne peut pas être considéré comme spécifique de la polioencéphalite. Il peut représenter un désordre des centres diencéphaliques régulateurs des rythmes corticaux plutôt qu'une atteinte spécifique du cortex occipital lui-même, puisque les rythmes corticaux sont souvent le reflet des conditions qui existent dans leurs noyaux de projection sous-corticaux. » (*Idem* p. 695, première colonne.) C'est comme si, sous l'effet du processus irritatif de l'encéphalite aiguë, les centres régulateurs diencéphaliques n'arrivaient pas du premier coup à faire apparaître un rythme alpha satisfaisant dans le cortex, puis finissaient peu à peu par réussir, comme une automobile qui ne peut pas avancer dès les premiers tours de roue sur une piste sablonneuse, mais qui finit par y parvenir, si l'on nous permet d'utiliser la comparaison imagée de J. Faure.

Il nous faut enfin noter que le « fused alpha » disparaît après la phase aiguë, comme H. Jasper l'a vérifié par la prise de nouveaux E.E.G. chez les mêmes malades.

Ces trois ordres de faits établis, il paraît maintenant possible d'envisager avec fruit les conséquences que l'on peut tirer des caractères anormaux de l'E.E.G. de notre malade.

D'abord nous retrouvons des signes électriques de *névrose* et d'*anxiété*. Il se trouve même que la plupart des signes corticaux

de l'anxiété sont réunis dans cet E.E.G., ce qui n'arrive que lors de grosses perturbations fonctionnelles. Le tracé « basal » correspond au type 1 de J. Faure, type lent, désorganisé, le plus troublé. Nous avons donc le droit de dire qu'il s'agit d'un tracé de *névropathe anxieuse profondément troublée, aux centres diencéphaliques perturbés.*

Ensuite deux caractères méritent d'être mis en valeur. C'est, d'une part, la présence insolite d'ondes lentes en dérivations bipolaires pariéto-occipitales. Cet élément doit nous rendre prudent, et nous faire évoquer la présence d'un facteur irritatif surajouté au processus anxieux, et pouvant d'ailleurs le déclencher et l'entretenir. C'est, d'autre part, la présence du « fused alpha », caractère qui témoigne avant tout d'un trouble dans la régulation du rythme alpha par les centres diencéphaliques — et nous savons, grâce aux dérivations basales employées dans notre cas, que le diencéphale est perturbé en effet, — mais qui se voit le plus souvent lors d'une atteinte irritative (inflammatoire ou toxique) des centres diencéphaliques.

On pourrait peut-être soupçonner ici l'existence d'un processus encéphalitique léger fixé sur le diencéphale.

En conclusion, l'E.E.G. de Mme S... montre, avant tout, des désordres électriques caractéristiques de la psychonévrose et de l'anxiété, présente le maximum des anomalies électriques dans le tracé correspondant à l'activité des formations de la base du cerveau et permet de localiser l'origine de ces anomalies dans le diencéphale.

CONCLUSION

D'après l'histoire clinique, les résultats des examens de laboratoire, les tests mentaux et l'E.E.G., le cas de Mme S... nous paraît bien représenter un type de psycho-encéphalite de la tuberculose atypique.

Bien mieux, on pourrait soupçonner dans ce cas particulier une diencéphalite de la tuberculose atypique.

N° 1

Ondes irrégulières en fréquence et en amplitude. Pauvreté du rythme alpha (9 par seconde en moyenne). La basse amplitude domine.

Ondes lentes irrégulières et de basse amplitude (fréquence : 1 à 1,5 sec. et 2 à 3 sec; et 10 à 30 micro-volts d'amplitude).

N° 2

Il précise les caractères précédents, car chez un sujet normal ces tracés (électrode occipitale — électrode mastoïdienne) présentent un beau rythme alpha régulier de 8 à 11 par seconde. Or ici le rythme alpha est presque absent, et les ondes lentes de basse amplitude dominent.

N° 3 et N° 4

Ces dérivations dites « bipolaires », électrode pariétale à électrode occipitale, contiennent *normalement* une plus grande quantité de belles ondes alpha que les tracés normaux électrode occipitale à électrode mastoïdienne. A l'état normal ils ne contiennent pas d'onde lente, ou n'en présentent que fort peu, en tout cas moins que les tracés occiput-mastoïde. Or ici nous relevons un rythme alpha de médiocre qualité, meilleur dans le N° 3 que dans le N° 4. Nous trouvons aussi une quantité importante d'ondes lentes de fréquence et d'amplitude irrégulières.

Nous observons aussi la figure, surtout nette dans le N° 3, décrite par H. JASPER sous le nom de « *fused alpha* », qui serait la marque d'un trouble dans la régulation du rythme alpha dû au mauvais fonctionnement du diencéphale.

Nous devons signaler l'existence de petites ondes superposées aux ondes lentes, que sont les ondes bêta, ce qui ne se rencontre que très rarement dans de telles dérivations.

N° 5

Dérivation montrant l'activité du cortex fronto-rolandique. Ce tracé est de basse amplitude, contient des ondes lentes irrégulières et des ondes bêta surimposées aux ondes lentes. De tels caractères peuvent se rencontrer chez des sujets normaux dans de telles dérivations « bipolaires antérieures ».

Toutefois la présence d'une bouffée rythmique d'ondes alpha ( ) de haute amplitude (90 à 100 microvolts) révèle la qualité anormale du rythme électrique, son irrégularité, la tendance aux paroxysmes, et en un mot la mauvaise régulation du rythme alpha.

N° 6

Dérivation électrode temporale gauche à électrode mastoïdienne gauche. Cette dérivation a produit un tracé normal, si ce n'est la faible amplitude dominante. Le rythme alpha est ici de meilleure qualité. Il faut noter que ce tracé a été pris après l'épreuve de l'hyperpnée. C'est l'hyperpnée qui a permis l'amélioration du rythme alpha, probablement en affaiblissant l'état de tension anxieuse de la patiente, comme cela a été établi.

N° 7

Electrodes : rolandique gauche à frontale gauche, et frontale gauche à basale.

Les connexions des électrodes avec les amplificateurs sont telles que l'activité du diencéphale antérieur est forcément enregistrée dans le tracé F_3 B.

On relève dans le tracé basal F_3 B de grandes ondes lentes d'assez basse amplitude; le tracé basal est anormal, du type anxieux N° 1. Il s'oppose nettement au tracé CEF_3, qui donne une notion de l'activité du cortex. On relèvera, en outre, dans le tracé C_3F_3 une bouffée paroxystique d'ondes alpha de haute amplitude, à laquelle on pourrait attribuer la même signification qu'à celle du N° 5.

N° 8

Tracés pris à l'aide de l'électrode basale.

Electrodes : frontale gauche à temporale gauche, temporale gauche à basale, basale à temporale droite, et temporale droite à frontale droite.

Ce mode de connexion des électrodes aux quatre amplificateurs permet de capter vraiment les potentiels électriques nés dans la base du cerveau (ici portion diencéphalique médiane), comme l'a montré H. JASPER. Les deux tracés médians sont donc le reflet de l'activité diencéphalique.

Normalement ces deux tracés médians devraient présenter un beau rythme alpha dominant, qui pourrait être entrecoupé de rares ondes lentes de faible amplitude et de 4 à 5 sec. Le rythme alpha pourrait aussi exister seul (cf. fig. 10, modèle). Or ici, le rythme alpha n'existe pas. Il s'agit d'un tracé désorganisé, fait d'ondes lentes de fréquence irrégulière, de 0,5 à 1 sec. et de 3 à 4 sec., nettement anormal, du type anxieux N° 1.

NOTA. — La bonne position et l'immobilité parfaite de l'électrode basale a été vérifiée plusieurs fois au cours de la prise du tracé, par une étroite surveillance et par des dérivations électroencéphalographiques de preuve.

On remarquera enfin la différence qui existe entre les tracés F_3T_3 et T_4F_4, d'une part, qui donnent l'activité électrique du cortex et les tracés F_3B et BT_4, d'autre part, qui donnent l'activité électrique de la base. L'anomalie prédomine nettement dans les tracés qui donnent l'activité électrique de la base.

N° 9

Electrodes : frontale droite à basale, basale à occipitale droite, occipitale droite à frontale gauche, basale à rolandique droite (tracé de contrôle).

Le mode de connexion des électrodes permet de savoir si l'anomalie siège dans la base ou dans le cortex (H. JASPER).

Sur ces quatre tracés les deux premiers et le dernier donnent une notion de l'activité de la base, et le troisième une notion de l'activité du cortex. On remarque facilement la différence qui existe entre ces activités, et on localise aisément le siège de l'anomalie au niveau de la base.

CONCLUSIONS

1. — Il n'y a pas de « folie tuberculeuse » proprement dite. Le polymorphisme est, en effet, l'une des caractéristiques des troubles mentaux des tuberculeux. Toutes les formes rencontrées en pathologie mentale peuvent être observées à l'occasion d'une tuberculose.

2. — Ces diverses manifestations mentales ont toutefois deux caractères communs qui leur donnent en quelque sorte un « air de famille » :

a) Leur expression clinique *manque de netteté* et ne rappelle qu'incomplètement la forme correspondante, connue dans la nosologie psychiatrique.

b) Leur séméiologie est, en effet, entachée d'une note de *confusion mentale*. Cet élément confusionnel, qui peut revêtir tous les degrés d'intensité, est en général léger. C'est lui qui fait la liaison entre les diverses formes cliniques de la pathologie mentale de la tuberculose et leur confère une certaine unité.

3. — La compréhension de la nature de ces troubles de l'esprit n'est possible qu'en tenant compte :

a) des déviations élémentaires et courantes de la psychologie des tuberculeux;

b) de la constitution mentale antérieure;

c) de l'influence du milieu;

d) des incidents psychiques qui marquent le cours d'une longue maladie chronique. On peut parler dans certains cas d'une psychosomatique du tuberculeux.

4. — Parmi ces formes il en est une qui s'isole de ce polymorphisme clinique. C'est ce que Hyvert a appelé « Psycho-encéphalite de la tuberculose atypique ». Le terme d' « Encéphalite psychosique de la tuberculose atypique » a aussi été proposé. D'ailleurs il s'agit plutôt d'un groupe de formes, dites « psycho-encéphalites ». Quoi qu'il en soit, ces formes offrent justement un bel exemple de ce qu'il y a *d'original* dans les troubles mentaux de la tuberculose et de leur *aspect confusionnel*. Les signes organiques de tuberculose, *frustes*, sont relégués au second plan et peuvent être ignorés pour un temps. On voit aussi des balancements psycho-somatiques.

5. — Une étude critique de la notion de psycho-encéphalite, faite, d'une part, à la lumière des caractères généraux de la psychologie et des déviations de l'esprit des tuberculeux, d'autre part, grâce aux aperçus donnés par une observation « psycho-biologique », nous permet d'énoncer les propositions suivantes :

a) Le caractère essentiel des troubles mentaux des psycho-encéphalites de la tuberculose atypique *ne diffère pas* de celui des troubles mentaux de la tuberculose ordinaire. *La confusion mentale en est l'élément majeur*. Elle nous a paru dominer la « triade d'acuité » d'Hyvert, les deux autres symptômes dépendant d'elle.

b) L'association de troubles mentaux (évocateurs d'une forme quelconque de maladie mentale *d'allure moins franche que d'habitude*), à une légère note *confusionnelle*, doit faire soupçonner la tuberculose, surtout s'il existe des antécédents tuberculeux.

c) La constitution mentale antérieure du sujet doit être prise en considération.

d) Le critère de la psycho-encéphalite de la tuberculose atypique est fourni, bien entendu, par le cortège des signes de laboratoire. Le succès d'une certaine thérapeutique est aussi un bon élément, bien que tardif.

e) *Les tests mentaux* (Rorscharch et Murray) peuvent fournir un élément de diagnostic important, dans le cas où la note confusionnelle est légère, voire même discutable. De même leur intérêt peut être grand dans l'évolution de la maladie, pour juger de l'efficacité du traitement.

f) *L'électroencéphalogramme* peut, dans les cas frustes, être d'un grand secours. Il pourrait montrer, tant dans les tracés qui représentent l'activité du cortex que dans ceux qui représentent l'activité de la base du cerveau, des anomalies électriques d'ordre fonctionnel (Jacques Faure, 1947, 1948), témoins d'une perturbation de l'attention, d'une anxiété, d'un déséquilibre diencéphalo-végétatif, et même parfois d'une légère atteinte encéphalitique.

6. — Si les troubles mentaux de la tuberculose revêtent des aspects multiples, ils n'en sont pas moins reliés par un élément commun, vrai noyau basal de l'ensemble, tantôt important et tantôt léger, qui est la confusion mentale.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen :*
R. DUPÉRIÉ.

Vu bon à imprimer
Le Président :
F. VILLEMIN.

Vu et Permis d'imprimer,
Le 9 décembre 1948
Le Recteur :
A. MARCHAND.

BIBLIOGRAPHIE

H. AUBIN (Oran). — La neurasthénie bacillaire. *Ann. Médico-Psychologique,* t. II, n° 2, juillet 1945, pp. 152-165.

— La neurasthénie bacillaire. *L'Avenir Médical,* n° 3, mars 1947, pp. 41-44.

ABELY (Paul). — Démence précoce à évolution rapide. *Soc. Méd. Psych.,* 28 oct. 1929.

BARUK. — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. Masson, 1939.

BANDA (R.). — Le granulo-diagnostic de la tuberculose. Juin 1945.

BENDA (R.) et URQUIA (A.). — La pratique du granulo-diagnostic de la tuberculose. *Le Progrès Médical,* n° 8, avril 1947.

BELETSKIY (V. K.) et LYUBINOVA (F. D.). — Acute tubercolous psychosis. *Sovet. Psikhonevrol,* n°ˢ 2-16, pp. 61-76, 1940.

BRETON (A.) et DOREMIEUX-DELVALLET. — L'électro-choc et tuberculose. Soc. de Médecine du Nord, 31 mars 1944. *La Presse Médicale,* n° 16, 11 nov. 1944, p. 253.

BLUMENFELD. — La tuberculose des déments précoces. Thèse, Paris, 1933.

BRUNERIE. — Troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire. Thèse, Lyon, 1927.

BURNAND (René). — Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse. Masson, 1938.

BURNAND, JAEGER, AMSLER, VERREY, NICOD, HAUDUROY. — Le problème des tuberculoses atypiques. Masson, 1946.

BEERENS. — Tuberculose et démence précoce. Recherche du virus tuberculeux dans le liquide céphalo-rachidien et le sang de déments précoces atteints de tuberculose. *Ann. Méd. Psych.,* juin 1936.

BERLIN (N.). — Schizophrénie et tuberculose pulmonaire. *Cruzlica,* t. XI, 1936.

CLAUDE (H.), COSTE (F.), VALTIS et VAN DIENSE. — Virus tuberculeux et démence précoce. *Encéphale,* sept.-oct. 1933, p. 561.

CLAUDE (H.). — Troubles psychiques chez les tuberculeux. Concours médical, 1924.

CLAUDE (H.) et DUBLINEAU. — La tuberculose dans les antécédents des déments précoces. *Paris Médical,* 1924.

CLAUDE (H.) et BARUK. — Nombreuses communications sur la tuberculose et la démence précoce. *Société Médico-Psychologique,* 1930.

COURTOIS (A.). — Agents étiologiques des syndromes de démence précoce. *Société Médico-Psychologique,* janv. 1935.

DAMAYE (H.) et POIRIER (B.). — Les méningo-encéphalites des psychoses toxi-infectieuses. *Progrès Méd.,* 1er août 1931.

DELMAS-MARSALET, FAURE (J.), FREOUR (P.). — Sur un cas de psychose chez une tuberculeuse pulmonaire. Sté Anatomo-Clinique de Bordeaux, service du 22 juin 1943, in *Journal de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest,* n° 12, 15-30 janv. 1944, p. 30.

DUBLINEAU (J.), BEAUDOIN (J.). — Etude typologique d'un psychopathe tuberculeux. Soc. Médico-Psychol., service de juillet 1945, *Ann. Médico-Psychologique,* t. II, n° 2, juillet 1945, pp. 177-180.

— Etude typologique d'un psychopathe tuberculeux. Société Médico-Psychologique, 9 juillet 1945, *Presse Médicale,* n° 37, 15 septembre 1945, p. 495.

DUBOIS (R.), DE SAUJON. — Psychopathies et tuberculose. Etude statistique et clinique. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* n° 2, séance du 24 janvier 1942, pp. 69-78.

DUBOIS (R.), DOGNY (M.). — Les troubles psychopathiques et la tuberculose; étude statistique et clinique. *Journal de Médecine de Bordeaux et du Sud-Ouest,* 15 février 1942, n° 3, pp. 105-125.

DUFAULT (P.). — Emotions, réactions, redressements. *Union Médic. du Canada,* n° 69, pp. 1290-1296, décembre 1940.

DUPRÉ (E.). — L'euphorie délirante des phtisiques. *Soc. Anat. Clin. de Paris,* 1904. *Pathologie de l'imagination et de l'émotivité,* 1925. Payot.

FAURE (J.), FREOUR (Paul). — Troubles mentaux de la tuberculose. Revue générale et observations. *Journal de Médecine de Bordeaux,* n° 13-14, 15-30 juillet 1944, pp. 217-228.

FAURE (J.), JASPER (H.) et HENDERSON (Lewis). — La dérivation basale en électroencéphalographie. Compte rendu du Congrès des aliénistes et neurologistes de langue française, 45e session, Niort, 24 juillet 1947. Masson, édit.

FAURE (J.). — L'électroencéphalographie des états d'anxiété (l'activité corticale et l'activité basale). Idem C.R. 45 session, Niort, 24 juillet 1947, *Masson.*

— L'enregistrement de l'activité électrique de la base du cerveau et des conséquences pratiques. *Presse Médicale,* 1er novembre 1947.

Au sujet de l'activité électrique de la base du cerveau dans l'anciété (dérivation basale). Première réunion de la Société française d'Electroencéphalographie et des sciences connexes, Paris, 5 mars 1948, à paraître dans le numéro de septembre-octobre 1948 de la *Revue Neurologique.*

Contribution à l'électroencéphalographie de l'anxiété. 2e réunion de la Société Française d'E.E.G., Paris, 8 octobre 1948,

à paraître dans le numéro de septembre-octobre 1948 de la *Revue Neurologique*.

— L'épreuve de la lumière sur l'électroencéphalogramme de certains névropathes. Réunion annuelle de la Société d'oto-neuro-oculistique de Bordeaux et du Sud-Ouest, Bordeaux, 7 novembre 1948, à paraître dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*.

FRÉOUR (P.). — Essai sur la valeur de certains facteurs psychologique dans le pronostic de la tuberculose. *Journal Méd. Bordeaux*, septembre 1948.

HELFFT. — Les formes mentales pures de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Thèse, Bordeaux 1932, N° 76.

HURSCHLER (H.). et PERRIER (H.). — Schizophrénie et tuberculose. (*Schweizerische Medizinische Woxhenschrift*, Bâle 76, N° 5, 2 février 1946, pp. 95-99.)

HYVERT (M.). — Les spychoses subfébriles. (*Ann. méd. psych.*, mai 1940.)

— Réactions à la tuberculine au cours de diverses psychoses primitives. (*Ann. méd. psych.*, mai 1943.)

— Modifications des manifestations allergiques après électrochoc. (*Ann. méd. psych.*, mai 1943.)

— Le granulo-diagnostic de la tuberculose et les psychoses cryptogéniques. (*Ann. méd. psych.*, janv. 1947.)

HYVERT (M.), STOERR et COHN (M.). — Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce d'apparition récente. (*Ann. méd. psych.*, décembre 1934.)

HYVERT (M.). — Considérations sur le traitement des psychoses primitives par les sels d'or (*Ann. méd. psych.*, mai 1947.)

— Traitements de 63 cas de psychoses diverses par la tuberculine. (*Ann. méd. psych.*, février 1946.)

— Les psycho-encéphalites de la tuberculose atypique. (*Semaine des Hôpitaux*, N° 22, 22 mars 1948.)

— Les psycho-encéphalites de la tuberculose atypique. Schéma thérapeutique. (*Ann. méd. psych.*, N° 1, Tome II, juin 1948.)

ICHOK (G.). — Le sentiment d'incomplétude chez les tuberculeux. (*Revue de Médecine*, 1920.)

JACQUELIN (A.). — Les tuberculoses atypiques. (*Masson et Cie*, édit. 1939.)

— Les tuberculoses atypiques (*Semaine des Hôpitaux*, N° 16, 28 avril 1947.)

JANOWSKI (W.). — Forme pseudo-neurasthénique de la tuberculose pulmonaire. (*Paris-Médical*, août 1927.)

JOLDBLOOM, JASPER, FRIEDMANN, BRISKMANN. — Electro-encéphalographic studies of poliomyelitis ? (*American medical journal Association.*)

KEERS (R. Y.). — Mental disturbance in pulmonary tuberculosis (*Brit. J. Tuberc.* 34 : 100-106, juillet-octobre 1940.)

LAIGNEL-LAVASTINE. — La psychologie des tuberculeux. (*Revue de Médecine,* août 1907.)

LETULLE. — La psychologie des tuberculeux. (*Arch. gén. de Méd.,* 1900.)

MARCHAND. — Maladies mentales. Etudes anatomo-biologiques. (*Legrand,* 1939.)

MARCHAND et COURTOIS (R.). — Les encéphalites psychosiques. (*Le* François, 1935.)

MAS. — Psychasthénie et neurasthénie tuberculeuses. (Thèse, Montpellier, 1928.)

MASSON-OURSEL (Mme). — La psychologie des tuberculeux. (*Gaz. méd. du Sud-Ouest,* août 1929.)

MAYNE. — Démence précoce et tuberculose. (Thèse, Paris 1936.)

MORELET. — La tuberculose dans l'œuvre de quelques tuberculeux célèbres. (Thèse, Bordeaux 1928.)

PAGNEZ. — Tuberculose et démence précoce. (*Presse médicale,* 29 mars 1933.)

PAPILLON. — La neurasthénie prétuberculeuse. (*Arch. des Soc. méd.,* Paris, 1900.)

PIECHAUD (F.). — Etude critique de : « Les tuberculoses atypiques », par JACQUELIN (*Journ. méd.,* Bordeaux 15 janv. 1942.)

PIERRE-BOURGEOIS (M.). — Psychologie des tuberculeux et troubles psychiques chez les tuberculeux. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris,* N° 46, 14 décembre 1947, p. 2804-2809.)

PONFICK (G.). — « Die Seclische Betreunng des chronisch Kranken Kindes » dargestcht an dem Beispiel der sachsischen Kinderheilistatte in Agra (Scheweiz) für Tuberkulose. (*Monatsch. f. Kinderh.* 83 : 186-199, 1940.)

RÉGIS. — Précis de psychiatrie, 1914.

RIST. — Les symptômes de la tuberculose. (*Masson,* 1943.)

RONDEPIERRE (J.), BOURGEOIS (P.), BARRAT (Mlle). — Electro-choc dans un cas de manie aiguë chez une tuberculeuse — amélioration importante de l'état pulmonaire. (*Société Médico-Psychol.,* 22 décembre 1941 in *Presse Médicale,* N° 13-14, 11-14 février 1942, p. 158.)

ROUYER. — Tuberculose et troubles mentaux. (Thèse, Paris, 1930.)

SCHACHTER. — Psychisme et infection tuberculeuse. (*Journal de Méd. de Lyon,* août 1934.)

SOLOMIDES. — Asthénie acquise, dépression constitutionnelle et tuberculose. (Thèse, Paris, 1938.)

TARDIEU. — Neurasthénie vraie et tuberculose. (*Paris-Médical,* août 1924.)

TOULOUSE. — Tuberculose et psychopathie. (*Revue d'Hygiène,* sept. 1930.)

TOYE. — Les états psycho-neurasthéniques. (*Presse médicale,* juin 1943.)

VERMEYLEN (G.). — Les manifestations neuro-psychopathiques tardives des maladies infectieuses infantiles. (Congrès des méd. alién. et neurol., Rabat 1933.)

VIÉ (J.) et MESSIN (Mlle). — Episodes psychopathiques chez des tuberculeuses amoureuses de leur médecin. (*La Semaine des Hôpit. de Paris,* N° 5, avril 1944, p. 115-118.)

TABLE DES MATIERES

Introduction 13

PREMIERE PARTIE

Chapitre premier. — La Psychologie du Tuberculeux 15

Chapitre ii. — Médecine psycho-somatique de la tuberculose 23

Chapitre iii. — Les troubles mentaux chez les tuberculeux.. 26

DEUXIEME PARTIE

Chapitre premier. — Exposé de la « tuberculose atypique » de Jacquelin et de la « psycho-encéphalite de la tuberculose atypique » de Hyvert. 37

Chapitre ii. — Observation clinique de Mme L... 42

Chapitre iii. — Test de Rorscharch 45

Chapitre iv. — *Thematic apperception test* ou Test de Morgan et Murray 59

Chapitre v. — Electroencéphalogramme (E.E.G.) 74

Bibliographie 89

LES PRESSES TECHNIQUES
8, rue des Apennins - PARIS-17e